

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter am
Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock
(Direktor: Prof. Dr. med. habil. F. Häßler)

**Prävalenz des Alkoholkonsums unter intelligenzgeminderten
im Vergleich zu nicht intelligenzgeminderten Kindern und
Jugendlichen**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin

(Dr. med.)

der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt von

Britta Wetzel

Rostock, Februar 2010

urn:nbn:de:gbv:28-diss2010-0173-7

Datum der Abgabe: 12.02.2010

Datum der Verteidigung: 13.07.2010

Dekan: Prof. Dr. med. Emil Reisinger

1. **Gutachter:** Prof. Dr. med. Frank Häßler, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock
2. **Gutachter:** Prof. Dr. med. Detlef Schläfke, Klinik für forensische Psychiatrie am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock
3. **Gutachter:** Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Meinen Eltern gewidmet.

I Inhaltsverzeichnis

I Inhaltsverzeichnis.....	iv
II Abbildungsverzeichnis	vii
III Tabellenverzeichnis	viii
IV Abkürzungsverzeichnis.....	x
1 Einleitung.....	11
1.1 Intelligenzgeminderte Menschen in der Medizin – ein historischer Überblick	11
1.2 Alkohol - eine gesellschaftshistorische Betrachtung	14
1.3 Zielstellung der Arbeit	17
1.4 Intelligenzminderung im 20. Jahrhundert	19
2 Ursachen und Folgen des Alkoholkonsums und des Alkoholmissbrauchs....	22
2.1 Genetische Faktoren.....	22
2.2 Biopsychologische und soziale Faktoren	23
2.3 Neurobiologische Faktoren	24
2.4 Gesundheitliche und soziale Folgen des Alkoholkonsums.....	25
3 Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen.....	27
4 Intelligenzminderung und Substanzmissbrauch	31
5 Fragestellung	38
6 Hypothesen	41
7 Probandengut und Methoden.....	43
7.1 Einführung.....	43
7.2 Population	43

7.2.1 Gesamtstichprobe	43
7.2.2 Gliederung der Stichprobe	44
7.2.3 Analyse	46
7.3 Methodik.....	48
7.3.1 Fragebogen.....	48
7.3.2 Datenanalyse	49
8 Ergebnisse.....	50
8.1 Stichprobenbeschreibung.....	50
8.2 Alkohol- und Tabakkonsumverhalten in der Familie.....	51
8.3 Alkoholkonsum der Förderschüler.....	53
8.3.1 Konsummuster	53
8.3.2 Wirkerwartung	55
8.3.3 Alter des ersten Rausches und Lebenszeitprävalenz	56
8.3.4 Negative Erfahrungen durch Alkoholkonsum	57
8.3.5 Alkoholkonsumverhalten der Rostocker Regelschüler	57
8.4 Alkoholkonsumverhalten der Rostocker Förder- und Regelschüler im Vergleich	60
8.4.1 Charakteristika der Matched-Pair Datei	60
8.4.2 Alkoholkonsumgruppen.....	61
8.4.3 Konsummuster, Konsumumstände und Einstiegsalter.....	63
8.4.4 Subjektive Wirkerwartungen	66
8.4.5 Probleme und negative Erfahrungen durch Alkoholkonsum	68
8.4.6 Alkohol in der Familie.....	72
8.4.7 Riskanter Alkoholkonsum.....	75
8.5 Riskanter Alkoholkonsum: Vergleich der Ergebnisse der Matched-Pair Datei und der Ursprungsdatei.....	81
8.6 Lehrerbefragung.....	82
9 Diskussion.....	84
9.1 Merkmale des Alkoholkonsummusters.....	84
9.1.1 Einstiegsalter	84
9.1.2 Alkoholkonsum Häufigkeit und Menge	86
9.1.3 Trinkmotive, Wirkerwartung, Wirkmuster	89

9.1.4 Konsumkontext	90
9.1.5 Getränkeart	91
9.2 Riskantes Alkoholkonsumverhalten: Unterschiede zwischen Förder- und Regelschülern	92
9.3 Besteht eine erhöhte Vulnerabilität der Förderschüler für Alkoholmissbrauch?	96
9.4 Präventions- und Therapieoptionen für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung mit riskantem Alkoholkonsumverhalten	98
9.5 Fehlerquellen	104
9.6 Ausblick	105
10 Zusammenfassung	107
V Literaturverzeichnis	x
VI Thesen	xxii
VII Anhang	xxv
VIII Lebenslauf	xliii
IX Selbständigkeitserklärung	xliv
X Danksagung	xlv

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ursachen und Folgen des Alkoholmissbrauchs	39
Abbildung 2: Übersicht über Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit bei Förderschülern.....	45
Abbildung 3: Wirkerwartung	55
Abbildung 4: Subjektive Alkoholwirkung.....	55
Abbildung 5: Alter des ersten subjektiven Rausches	56
Abbildung 6: Lebenszeitprävalenz des subjektiven Rausches der Förderschüler.....	56
Abbildung 7: Negative Erlebnisse nach Alkoholkonsum	57
Abbildung 8: Alkoholkonsumgruppen.....	62
Abbildung 9: Inzidenz des häufigen Konsums alkoholischer Getränke	64
Abbildung 10: Konsumumstände	65
Abbildung 11: Alter, in dem angefangen wurde Alkohol zu trinken	65
Abbildung 12: Subjektive Wirkerwartung.....	67
Abbildung 13: Subjektive Alkoholwirkung.....	68
Abbildung 14: Negative subjektive Erfahrungen nach Alkoholkonsum.....	69
Abbildung 15: Lebenszeitprävalenz des subjektiven Rausches	70
Abbildung 16: Alter des ersten subjektiven Rausches	71
Abbildung 17: Inzidenz des väterlichen Alkoholkonsums.....	72
Abbildung 18: Inzidenz des mütterlichen Alkoholkonsums.....	72
Abbildung 19: Folgen des familiären Alkoholkonsum.....	73
Abbildung 20: Folgen des Alkoholkonsums unter Schülern mit riskantem Alkoholkonsumverhalten	78
Abbildung 21: Positive Wirkerwartung bei riskantem Alkoholkonsum	80
Abbildung 22: Vergleich der Schüler mit riskantem Alkoholkonsum.....	81
Abbildung 23: Lehrerschätzung: Inzidenz alkoholgefährdeter Schüler.....	82

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Allgemeine soziodemographische Daten.....	50
Tabelle 2: Alkoholkonsumverhalten in der Familie	51
Tabelle 3: Tabakkonsumverhalten in der Familie	52
Tabelle 4: Konsum unterschiedlicher Alkoholika	53
Tabelle 5: Wann, wo und in welcher Gesellschaft wird Alkohol konsumiert? ...	54
Tabelle 6: Alkoholkonsumgruppen der Regelschüler.....	58
Tabelle 7: Einstiegsalter der Regelschüler.....	58
Tabelle 8: Lebenszeitprävalenz des subjektiven Rausches.....	59
Tabelle 9: Alter des ersten subjektiven Rausches.....	59
Tabelle 10: Homogenität hinsichtlich unabhängiger Variablen, Matched-Pair Datei.....	60
Tabelle 11: Abhängigkeit der Alkoholkonsumgruppenzugehörigkeit von der Schulart.....	61
Tabelle 12: Univariate Varianzanalyse: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Alter, in dem angefangen wurde, Alkohol zu trinken	74
Tabelle 13: Univariate Varianzanalyse: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Anzahl der Male, die der Befragte schon volltrunken war.....	74
Tabelle 14: Kriterien des riskanten Alkoholkonsums.....	76
Tabelle 15: Soziodemographische Variablen und Alkoholkonsum Charakteristika der Schüler mit riskantem Alkoholkonsumverhalten.....	77
Tabelle 16: T- Test bei unabhängigen Stichproben.....	xxxviii
Tabelle 17: Zusammenhang von Alkohol- und Tabakkonsum I.....	xxxix
Tabelle 18: Zusammenhang von Alkohol- und Tabakkonsum II.....	xxxix
Tabelle 19: Häufigkeit des Bierkonsums.....	xl
Tabelle 20: Häufigkeit des Wein- oder Sektkonsums.....	xli
Tabelle 21: Häufigkeit des Alkopopskonsums (z.B. Smirnoff Ice, RIGI etc.).....	xli

Tabelle 22: Häufigkeit des Mixgetränkekonsums (z.B. Wodka +Orangensaft etc.).....	xlii
Tabelle 23: Häufigkeit des Schnaps- oder Whiskeykonsums.....	xlii

IV Abkürzungsverzeichnis

ADHS.....	Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätsstörungen
BZgA.....	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CFT.....	Culture Fair Intelligence Test
DSM.....	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
ESPAD.....	Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen
EU.....	Europäische Union
FS.....	Förderschüler
HAWIK.....	Hamburger Wechsler Intelligenztest für Kinder
HBSC.....	Health Behaviour in school-aged children
ICD.....	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICF.....	International Classification Of Functioning, Disability and Health
KFT.....	Kognitive Fähigkeiten Test
KiGGS.....	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
RS.....	Regelschüler
SPSS.....	Statistik- Programm- System für Sozialwissenschaften
WHO.....	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

1.1 Intelligenzgeminderte Menschen in der Medizin – ein historischer Überblick

Anfänge der Geschichte der Psychiatrie finden sich in der wissenschaftlichen Medizin der Griechen und Römer in der Antike. Aus ersten Aufzeichnungen des Philosophen Empedokles (490 – 430 v. Chr.) lassen sich Beschreibungen des Wahnsinns und der hysterischen Lethargie entnehmen. Aus dem gleichen Jahrhundert stammen die Schriften des Hippokrates (um 460 – 380 v. Chr.) mit Bemerkungen über Delirien, Melancholie, Psychoneurosen und geistige Störungen durch Trunkenheit, Gift und Infektionen ¹. Neben Hippokrates beschreibt auch Galen (130 – 201 n. Chr.) in wenigen Aufzeichnungen geistige Beeinträchtigungen, z.B. charakterisiert er die Melancholie als eine Krankheit mit drei Lokalisationen im menschlichen Körper: Im Gehirn, im Blut und im Magendarmkanal ².

Über den Umgang mit Geisteskranken im Mittelalter gibt es kaum Aufzeichnungen. Es entstanden Spitäler, die teilweise auch geistig Behinderte beherbergten. Auch Klöster dienten zum Teil der Unterbringung und dem Schutz Geisteskranker. Diese wurden im Mittelalter andererseits immer wieder mit dem Teufel oder mit Hexen in Verbindung gebracht, was zur Verfolgung und Ausgrenzung führen konnte ².

Aus Darstellungen von Johann Beer (1655-1700), Grimmelshausen (1622-1676) und Cervantes (1547-1616) bekommt man den Eindruck, dass der Geisteskranke zu dieser Zeit als ein Narr gesehen wurde, welcher der Belustigung des Volkes diene. Der 1681 erschienene Roman „Das Narrenspital“ von Johann Beer zeigt eine Gesellschaft, die gegen ein Eintrittsgeld ein Narrenspital aufsucht, um sich dort über die Kranken und Absonderlichen zu amüsieren. Gleichzeitig macht sein Buch deutlich, dass die sog. Narren auch Erkenntnis vermittelten. Sie hatten offensichtlich einen gesellschaftlichen Nutzen. In seinem Buch sind Narren nicht nur Geistesgestörte, sondern größten Teils Menschen, die von den geltenden Moralvorstellungen und Normen abweichen. So beschreibt er verrückte Künstler, Weibernarren oder Satiriker ³. Zusammenfassend lassen sich in den

zeitgenössischen Darstellungen der oben genannten Autoren insbesondere Zusammenhänge zu den Krankheitsbildern der Melancholie und der Manie feststellen.

Das 17. und 18. Jahrhundert waren geprägt von gesellschaftlichen Veränderungen und eine neue Auseinandersetzung mit denen, die aus der gesellschaftlichen Norm heraus fielen, wurde notwendig ³. Es entstanden Anstalten, in denen angebliche und tatsächliche Geisteskranke leben konnten. Eine ärztliche Betreuung war jedoch nur in Ansätzen vorhanden ¹.

Der Franzose Philippe Pinel (1745 – 1826) beschäftigte sich mit den Ursachen der Geisteskrankheit. Dabei registrierte er verschiedene Aspekte, wie zum Beispiel Vererbung, falsche Erziehung oder psychische Phänomene, z.B. Alkoholismus als mögliche Gründe für die Entwicklung einer geistigen Störung. Pinel beschrieb vier Arten der Geisteskrankheit: Manie, Melancholie, Demenz und Idiotie. Die Idee der Unterbringung Geisteskranker in Anstalten zur Therapie entstand. Ältere aber nahezu alltägliche Therapiemethoden wie Prügel oder Aderlass beurteilte er kritisch ².

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts verbreitete insbesondere Benedikt Augustin Morel (1809 – 1873) die sogenannte Degenerationstheorie in Frankreich. Laut dieser sind Degenerationen krankhafte Abweichungen vom normalen menschlichen Typ, sind erblich übertragbar und entwickeln sich progressiv bis zum Untergang. Das beste Beispiel einer Degeneration stellte für Morel die Geisteskrankheit dar. Die Degenerationshypothese setzte sich jedoch nicht durch und verlor mit dem Ende des 19. Jahrhunderts an Bedeutung ².

Die Geisteskrankenfürsorge im 19. Jahrhundert zeigte verschiedene Richtungen auf: Eine eher sozialpädagogische, unter die die Entwicklung der sog. „Idiotenanstalten“ fiel, eine schulpädagogische, gekennzeichnet durch die Entstehung vieler Hilfsschulen und eine dritte medizinische Richtung, geprägt durch die Erkenntnis, geistig Behinderte als krank und medizinischer Hilfe bedürftig anzusehen. Geisteskranke wurden endlich als behandlungsbedürftig akzeptiert. Besonders beeinflusst wurde die Medizin zu dieser Zeit durch Griesinger, der die Geisteskrankheit auf eine Störung des Gehirns und eine zusätzliche psychosoziale Störung zurück führt ².

In eine andere Richtung ging die medizinische Betrachtungsweise der Geisteskranken durch Ernst Haeckel (1834-1919). Dieser sah das Leben

unheilbar Kranker und Geisteskranker als wertlos an ^{1,4}. Ausdruck fanden seine Ideen eines vollkommenen und gesunden Menschen später in der rassistischen Gesundheitspolitik während des Nationalsozialismus. Ein Beispiel stellt unter anderen das am 14. Juli 1933 verabschiedete Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses dar. Legitimiert durch dieses Gesetz wurden Menschen mit „angeborenem Schwachsinn“, Alkoholabhängige oder sogenannte „Asoziale“ zwangssterilisiert. Damit begann eine neue Periode der Verfolgung und Vernichtung geistig und körperlich Behinderter, die 1939 auf Geheiß Hitlers in der Ermordung psychisch Kranker in der als „T4“ – Aktion bekannten systematischen „Ausmerzungen“ erwachsener Geisteskranker ihren Höhepunkt erreichte. „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“ ⁵.

Laut dieser Ermächtigung ausgewählte Personen wurden in extra dafür eingerichtete Tötungsanstalten transportiert und dort mittels Gas, Verabreichung toxischer Medikamentendosen und Verhungern umgebracht.

Trotz ebenfalls aufkeimenden aktiven Widerstandes von Geistlichen, Betreuern oder Ärzten im deutschen, polnischen und tschechischen Raum fielen schätzungsweise über 185 000 Menschen diesen organisierten Tötungsaktionen zum Opfer ⁶. In den Jahren nach dem Krieg fanden in der DDR Prozesse gegen an der „T4“ Aktion Beteiligte statt, danach trat die strafrechtliche Verfolgung der Täter jedoch in den Hintergrund. Die weitere Politik der DDR konzentrierte sich auf den Umgang mit förderfähigen Geisteskranken. Möglichkeiten zur Beschulung oder Eingliederung in den Arbeitsprozess wurden gesucht. Andererseits kam es zu Einweisungen in staatliche Einrichtungen. Die staatlichen Mittel für eine ausreichende fachliche und medizinische Betreuung waren insgesamt unzureichend, die Unterbringungsmöglichkeiten mangelhaft und zum Teil menschenunwürdig ¹.

In der BRD fanden geistig Behinderte anfangs wenig Beachtung. Seit den Reformen in den achtziger Jahren veränderte sich auf dem Gebiet der Heil- und Behindertenpädagogik jedoch einiges. Neue Behandlungsstrategien sowie adäquate medikamentöse Therapien und die Entstehung kleinerer Fachkliniken

haben zu einer Weiterentwicklung der Betreuung geistig Behinderter in der Psychiatrie geführt ⁷. Die Wiedereingliederung und aktive Teilnahme geistig Behinderter am gesellschaftlichen Leben traten in den Vordergrund politischer Bestrebungen (siehe auch Eingliederungshilfe gemäß SGB IX, §55,2 Satz 1-7 in Verbindung mit §53 SGB XII). Mit dem Inkrafttreten des Bundesgleichstellungsgesetzes für Behinderte im Jahr 2002 wurde ein weiterer politischer Schritt getan, um behinderten Menschen das Alltagsleben zu vereinfachen. Eine gute Betreuung geistig und körperlich Behinderter Menschen und deren Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu fördern ist eine wichtige Aufgabe der gesamten Gesellschaft aber auch der Psychiatrie und Politik.

Die Termini Geisteskrankheit oder psychische Krankheit ersetzen 1875 die bis dahin gebräuchlichen Begriffe Wahnsinn, Geistesschwäche oder Idiotie ⁸. In den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts setzte sich verstärkt der Begriff geistige Behinderung durch. Dieser war mit weniger diskriminierender Bedeutung als die vorher verwendeten Begriffe behaftet und soll durch den englischen Begriff *mental handicap* geprägt worden sein ⁹. In den letzten Jahren wurde zunehmend versucht, die geistige Behinderung genauer und wissenschaftlicher zu definieren. Eine wesentliche Bedeutung in der Beschreibung der geistigen Behinderung kommt nach Eggert ¹⁰ dem Klassifikationssystem Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) der Welt-Gesundheitsorganisation (WHO) zu. In diesem wird der Begriff der geistigen Behinderung durch den Terminus Intelligenzminderung ersetzt. Aufgrund der Relevanz dieses Klassifikationssystems werden in dieser Arbeit die Begrifflichkeiten in Anlehnung an die ICD-10 verwendet.

1.2 Alkohol - eine gesellschaftshistorische Betrachtung

Alkohol spielte in der Geschichte der Menschheit schon vor Beginn unserer Zeitrechnung eine Rolle. Vom Ende des Mittelalters bis hin in die jüngste Vergangenheit wurden nach Spode ¹¹ in Mitteleuropa vier Phasen deutlich, in denen Alkohol bzw. Alkoholmissbrauch zu einem sozialen Problem wurde: die Reformationszeit, die Zeit um 1800, die Zeit um 1840 und die Zeit vom späten 19. Jahrhundert bis zum zweiten Weltkrieg. Als eine weitere Phase lässt sich die Zeit vom Ende des zweiten Weltkriegs bis in die Gegenwart darstellen.

Vielfach war im Mittelalter die Trinkwasserqualität unzureichend, so dass ungekochtes Wasser auch eine Infektionsquelle darstellte. Um einen Ersatz für die Flüssigkeitszufuhr zu finden, wurden Äpfel und Birnen zu Most gepresst und zusammen mit Wein und Bier zum alltäglichen Getränk.

Während der Reformationszeit von 1530 bis 1580 nahm man den Kampf gegen das „Zutrinken (...) als teuflischen Brauch, der die Menschen dazu geleitet, sich gegenseitig volllaufen zu lassen“ auf ¹². In reformierten Städten wurden Sperrzeiten für Wirtshäuser erlassen, Abgabenhöchstmengen festgelegt und Verbote des Zutrinkens verhängt. Die Einstellung zum exzessiven Alkoholenuss änderte sich und dieser wurde erstmals als soziales Problem erkannt.

In den folgenden beiden Jahrhunderten sank das Reallohneinkommen und folglich veränderte sich auch das Trinkverhalten. Bier und Weinverbrauch erreichten ein im Vergleich zum vorigen Jahrhundert niedrigeren Stand. In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zeigte sich, dass der Branntweinkonsum langsam angestiegen war und so beschäftigte nun das Thema Schnapsverbrauch die Politik und Medizin. Erziehungs- und Gesundheitsratgeber propagierten Wasser und Bier statt Branntwein, und die Dresdner medizinische Akademie erklärte 1796 Branntwein zu einem Gift ¹¹. Den öffentlichen Mahnungen folgten jedoch keine Aktionspläne und so wurden die Diskussionen um den Branntweinverbrauch bald weniger und verschwanden hinter anderen sozial-politischen Themen.

Die Entwicklung der Industriegesellschaft im 19. Jahrhundert führte zu einer zunehmenden Armut weiter Teile der Bevölkerung, insbesondere der städtischen Unterschichten bzw. Arbeiterschichten. Es ist anzunehmen, dass besonders die außerordentlich problematischen Wohnverhältnisse (Mietskasernen) einen nicht unerheblichen Einfluss auf die „Fluchtbewegung“ vieler Arbeiter in die Kneipe hatten, andererseits sollte die Bedeutung als soziale Kommunikationsmöglichkeit aber nicht unterschätzt werden. Der Alkoholkonsum der Ärmern stieg wieder stark an und ließ diesen zu einem gesellschaftlichen Missstand werden, welcher zu dieser Zeit insbesondere von den Geistlichen angeprangert wurde. Die sich entwickelnden Vereine und Bewegungen richteten sich gegen Alkoholkonsum, schafften es aber nicht, den Alkohol gänzlich zu verbannen und den Konsum deutlich zu senken ¹¹.

Auch im weiteren Verlauf des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts veränderte sich die Alkoholkonsumsituation nicht wesentlich. Die Kneipe blieb ein wichtiger Ort, an dem sich die Arbeiter in ihrer Freizeit trafen. Die Männer kamen in die Kneipen, um dort ihren Feierabend zu verbringen und um den Sorgen des Alltags zu entfliehen¹³. In ländlichen Bereichen entwickelte sich die Kneipe nicht zu einem Ort politischer Gespräche und Betätigung, sondern Geselligkeit, Sättigung und das Rauscherlebnis durch den Alkohol standen im Vordergrund.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die neue gesellschaftliche Unabhängigkeit der Menschen durch die Auflösung der Ständegesellschaft im Kapitalismus zu einer sozialen Unsicherheit führte, die sich u. a. in der Unfähigkeit des Proletariats im Umgang mit Alkohol offenbarte. Der Kapitalismus machte den Alkohol den Massen zugänglich und der Alkoholkonsum stieg nach 1850 weiter an und erreichte in den siebziger Jahren seinen Höhepunkt¹⁴. Es entstanden viele Schenken und Bierhäuser sowie neue Brauereien, welche die wachsende Nachfrage nach Alkohol befriedigten. Als Gegenbewegung entstanden unter der deutschen Arbeiterschaft Selbsthilfegruppen¹¹. Mit Beginn des ersten Weltkriegs trat die Debatte über den Alkohol in den Hintergrund, die Abstinenzbewegungen verloren an Bedeutung.

Während der Nazi-Diktatur wurde das Alkoholproblem zusammen mit anderen sozialen Problemen zu einer Sache des Staates: Alkoholabhängige, Familien aus schwachen sozialen Milieus, Prostituierte, Sozialhilfeempfänger und andere wurden als sogenannte „Asoziale“ bezeichnet und für nicht in die nationalsozialistische Ordnung eingliederungswürdig befunden¹⁵. In Zusammenarbeit mit den Fürsorgebehörden begann eine Verfolgung und zum Teil auch Ermordung der „Asozialen“ im Zuge rassenhygienischer Maßnahmen des Hitlerregimes. Von dem im Jahre 1933 verabschiedeten Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses waren neben den „Psychopathen“ und „angeboren Schwachsinnigen“ auch die „Asozialen“ und somit die Alkoholabhängigen betroffen¹⁶.

Vor dem Hintergrund der politischen und sozialökonomischen Entwicklungen in der Nachkriegszeit ab 1945 verlor der Alkohol zunehmend sein negatives Stigma. Das Thema beschäftigte weder in Ost- noch in Westdeutschland die

Gesellschaft und Politik als soziales oder gar biologisches Problem, sondern verlor trotz steigenden Alkoholkonsums an Bedeutung¹¹.

Heutzutage ist Alkohol Teil des gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Lebens. Alkoholische Getränke werden in den unterschiedlichsten Gesellschaftsschichten bereits ab dem frühen Jugendalter getrunken. Alkoholkonsum wird häufig mit Festen und Feiern assoziiert, spielt jedoch auch bei der Entstehung sozialer und gesundheitlicher Probleme eine Rolle. Ausführliche Studien bezüglich des Alkoholkonsumverhaltens wie die ESPAD, die Drogenaffinitätsstudie der Bundesregierung und der WHO-Jugendgesundheitssurvey zeigen, dass auch heute der Alkoholkonsum und die damit verbundenen Folgen der Trunkenheit, Gefährdung und Abhängigkeit in unserer Gesellschaft und insbesondere unter Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle spielen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines verstärkten sozialen und medizinischen Handelns. Erste Schritte waren die Erhöhung der Steuern auf Alkopops, besonders unter Jugendlichen beliebte alkoholische Mixgetränke, die danach an Bedeutung verloren.

1.3 Zielstellung der Arbeit

In der „Empfehlung des Rates (der Europäischen Union) vom 05. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen (2001/458/EG)“, heißt es „(18) Es ist unbedingt notwendig, dass Ursachen, Art und Ausmaß der durch den Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere Kindern und Jugendlichen, verursachten Probleme in der Gemeinschaft unter anderem durch eine umfassendere und konsequentere Datenbeschaffung besser erforscht werden.“¹⁷. Diese Aussage des Rates zeigt die zunehmende Tendenz in der Diskussion um den Alkoholkonsum nicht nur Erwachsener, sondern Kinder und Jugendliche in den Fokus der Untersuchungen zum Thema Alkoholkonsum und seinen Folgen zu stellen. Dabei wird allerdings Randgruppen wie Menschen mit Behinderungen keine besondere Aufmerksamkeit gewidmet; für spezifische und wirksame Maßnahmen zur Verhinderung des Alkoholmissbrauchs und seiner Folgen sind solche Untersuchungen aber unverzichtbar. Auch das im Oktober 2005 von der Europäischen Kommission veröffentlichte Grünbuch, eine Analyse zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung, betont den Bedarf

an Versorgungsforschung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen insbesondere zur psychischen Gesundheit Intelligenzgeminderter, die nicht unwesentlich vom Substanzmissbrauch abhängt: „Gegenstand sozialpolitischer Initiativen der Gemeinschaft sind ... die soziale Integration von Menschen mit geistigen Behinderungen (Grünbuch S. 6) (Zu diesen Initiativen gehört die) Bekämpfung der durch Substanzgebrauch bedingten Gesundheitsstörungen. Der Konsum von Alkohol, Drogen und anderen psychoaktiven Substanzen ist oft Risikofaktor bei oder Begleiterscheinung von psychischen Gesundheitsproblemen.“¹⁸.

Untersuchungen zur Komorbidität von geistiger Behinderung und anderen psychiatrischen Erkrankungen zeigen, dass die Rate von Schizophrenien, Depressionen oder Angststörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung ungefähr doppelt so hoch ist, wie bei nicht intellektuell beeinträchtigten Personen.

Damit wird das zentrale Anliegen der vorliegenden Untersuchung angesprochen, anhand eines Vergleiches mit nicht intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen das Alkoholkonsumverhalten intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher, einer bisher vernachlässigten gesellschaftlichen Randgruppe, statistisch zu beschreiben, mögliche Präventionsmaßnahmen zu diskutieren und Einfluss- sowie Umgebungsfaktoren darzulegen. Ist eine Prävention nicht mehr möglich, weil ein schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol bei intelligenzgeminderten Jugendlichen bereits Realität ist, werden gruppenspezifische Interventions-, Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. „Generell kann die Unterstützung vulnerabler Gruppen die psychische Gesundheit verbessern, den sozialen Zusammenhalt stärken und soziale und wirtschaftliche Belastungen vermeiden helfen.“¹⁸. Seit 2000 ist die Zahl der Jugendlichen zwischen 10 und 20 Jahren, die aufgrund einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt wurden, bis zum Jahr 2007 um 143 % gestiegen¹⁹. Allein diese Zahl zeigt auch die ökonomische Brisanz dieser Entwicklung und sie ist eine dringende Aufforderung an die Gesellschaft, Maßnahmen dagegen zu ergreifen. Die gesellschaftlichen bzw. volkswirtschaftlichen Kosten der Alkoholabhängigkeit, die aktuell vorliegenden Schätzungen liegen bei ca. 24,4 Mrd. €²⁰, sind in Deutschland bisher kaum gruppenorientiert bestimmt und analysiert worden. Mit

den Erkenntnissen dieser Untersuchung, die sich auf die Alkoholaaffinität einer Randgruppe konzentriert, werden u. a. die Bedeutsamkeit und Vorraussetzungen für Kosten reduzierendes Präventionshandeln aufgezeigt. Diese Untersuchung wird an zwei Stichproben psychosoziale Faktoren und Affinitäten zum Missbrauch von Alkohol und Tabak erarbeiten sowie Risikogruppen und -faktoren identifizieren. Die Untersuchung soll zeigen, in wie weit und ob Intelligenzminderung einen Risikofaktor für Alkoholkonsum darstellt. Des Weiteren soll der Einfluss der sozialen Umgebungsfaktoren (elterliche Wohn- und Arbeitssituation, familiärer Alkoholkonsum etc.) auf intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche und deren Alkoholkonsumverhalten herausgearbeitet werden. Die Kontrolle dieser Einflussfaktoren sollte unbedingt Teil des Ziels der Primärprävention sein. Die sich aus der Analyse ergebenden Präventionsansätze sollen dazu dienen, soziale, gesellschaftliche und ökonomische Folgeerscheinungen minimieren zu können. Darüber hinaus trägt die Analyse einen Teil zur umfassenden Strategie der Europäischen Gemeinschaft zur Erforschung und Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs von Kindern und Jugendlichen im Sinne der Empfehlungen des Europäischen Rates zum Alkoholkonsum von jungen Menschen bei ¹⁷.

1.4 Intelligenzminderung im 20. Jahrhundert

Gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) wird unter einer Intelligenzminderung „ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten;“ verstanden. „Besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.“²¹. Diese Störung der geistigen Fähigkeiten zeigt sich bereits in der Entwicklungsperiode, d.h. im Kindes- und Jugendalter. Laut ICD-10 ist die „Lernbehinderung“ keine separate Diagnose, sondern wird als grenzwertige Intelligenz (IQ-Bereich zwischen 85-70) festgelegt ²².

Leitsymptom der Intelligenzminderung ist nicht nur die verminderte allgemeine Entwicklung der Intelligenz, sondern ebenfalls die beeinträchtigte Entwicklung der Fähigkeiten zur eigenständigen Lebensbewältigung. Das bedeutet, dass Schwierigkeiten im Anpassungsverhalten an die alltäglichen

Lebensanforderungen vorliegen. Des Weiteren bestehen Beeinträchtigungen der unabhängigen Selbstversorgung, der emotionalen und sozialen Entwicklung, sowie Lernschwierigkeiten in Schule und Beruf.

Laut WHO wird die Intelligenzminderung in unterschiedliche Schweregrade unterteilt. Es wird zwischen einer leichten, mittelgradigen, schweren und einer schwersten Intelligenzminderung unterschieden.

Die **leichte Intelligenzminderung** (ICD-10 Diagnoseschlüssel: F70) umfasst einen IQ-Bereich zwischen 50 und 69. Betroffene Personen zeigen eine verzögerte Sprachentwicklung. Sie sind jedoch fähig eine alltägliche Konversation zu führen. Der Großteil der Personen erreicht bei verlangsamter Entwicklung jedoch eine unabhängige Selbstversorgung (Essen, Ankleiden, etc.) sowie die Fähigkeit, häusliche Tätigkeiten durchzuführen. Das Erlernen des Lesens und Schreibens bereitet besondere Schwierigkeiten. Praktische Fähigkeiten und Arbeiten können von den meisten erlernt und bewältigt werden. Viele Erwachsene mit leichter Intelligenzminderung können gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten. Die emotionale und soziale Entwicklung kann auch beeinträchtigt sein.

Bei der **mittelgradigen Intelligenzminderung** (ICD-10: F71) liegt der IQ im Bereich zwischen 35 und 49. Die Ausprägung der Beeinträchtigung und daraus resultierend die Leistungsfähigkeit, kann sehr unterschiedlich sein. Eine Unabhängigkeit in der Selbstversorgung wird nur mit verlangsamter Entwicklung erreicht, von manchen Personen jedoch nie.

Die **schwere Intelligenzminderung** (ICD-10: F72) umfasst einen IQ-Bereich von 20-34. Die Betroffenen zeigen eine klinische Ausprägung, die der des unteren Leistungsbereiches der mittelgradig Intelligenzgeminderten ähnelt. Häufig zeigen Personen mit einer schweren Intelligenzminderung auch auffällige motorische Störungen.

Bei der **schwersten Intelligenzminderung** (ICD-10:F73) wird der IQ auf unter 20 geschätzt. Die meisten der Betroffenen sind nicht in der Lage, Anweisungen oder Anleitungen zu verstehen. Die verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit sind sehr eingeschränkt. Personen mit einer schwersten Intelligenzminderung benötigen eine lebenslange Beaufsichtigung und Hilfe bei der Sorge für ihre alltäglichen Grundbedürfnisse.

Grundsätzlich können Intelligenzgeminderte gemäß ICD-10 Definition zusätzlich an allen psychiatrischen Störungen leiden. Darüber hinaus können Auffälligkeiten in der Entwicklung der Psychomotorik, der Stimmungen, von Affekten und Trieben bestehen. Mittelgradige und schwere Intelligenzminderung gehen vermehrt mit körperlichen Beeinträchtigungen, klinischen Syndromen oder Dysmorphien einher und können zu einer reduzierten Lebenserwartung beitragen²³.

2 Ursachen und Folgen des Alkoholkonsums und des Alkoholmissbrauchs

Alkoholkonsum und –missbrauch, sowie die daraus entstehenden Probleme spielen besonders im Jugendalter eine große Rolle. Alkohol ist die am häufigsten von Jugendlichen konsumierte Substanz ²⁴. Ausgehend von verschiedenen Konsummustern lassen sich soziale Trinker, starke Trinker, Problem Trinker und Abstinente unterscheiden ²². Laut der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung haben im Jahr 2008 17,4% der Jugendlichen mindestens wöchentlich Alkohol getrunken ²⁵.

Neben genetischen Ursachen des Substanzmissbrauchs spielen auch neurobiologische Veränderungen in der Adoleszenz und psychosoziale Einflüsse eine Rolle. Auf diese drei Faktoren soll im Folgenden näher eingegangen werden.

2.1 Genetische Faktoren

Individuelle genetische Prädispositionen hinsichtlich des Substanzmissbrauchs und der Entstehung von Abhängigkeit wurden in neueren Studien beschrieben ²⁶. Beweise für wichtige genetische Einflüsse auf die Entwicklung einer Substanzmissbrauchsstörung liefern Studien mit monozygoten und dizygoten Zwillingspärchen, durchgeführt zum Beispiel in Großbritannien ²⁷ oder den USA ²⁸. Auch Familien- und Adoptionsstudien, die 1992 von Loehlin ²⁹ in den USA durchgeführt wurden, konnten genetische Faktoren für die Entwicklung unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen aufzeigen. Ursächliche und risikomodifizierende Gene für die Vererbung von Abhängigkeitserkrankungen werden beschrieben ¹. Hinzukommen Umgebungsfaktoren sowie das Zusammenwirken dieser unterschiedlichen Komponenten. Es zeigte sich eine bis zu fünffach höhere Konkordanzrate für Alkoholabhängigkeit bei monozygoten Zwillingen. Signifikante Werte finden sich insbesondere für die Söhne alkoholabhängiger Väter ³⁰.

Geht man von einer multifaktoriellen Genese der Entwicklung von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit aus, treten diese besonders dann

auf, wenn eine genetische Prädisposition vorhanden ist, zu der wiederum Umweltfaktoren hinzukommen, die die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung fördern, die sogenannte Gen-Umwelt-Interaktion³¹. Interaktionen zwischen genetischen, psychologischen und psychopathologischen, sozialen und neurobiologischen Komponenten ebnen den Weg für die Entstehung einer Substanzmissbrauchsstörung.

2.2 Biopsychologische und soziale Faktoren

Pathologischer Alkoholkonsum der Eltern hat nicht nur genetisch bedingte Auswirkungen auf die Kinder, sondern die hieraus resultierenden psychosozialen Folgen für das Kind spielen ebenfalls eine große Rolle in der Entwicklung eines schädlichen Alkoholkonsums bzw. einer Abhängigkeit. Für Kinder von Suchtkranken besteht ein stark erhöhtes Risiko selbst suchtkrank zu werden: Schon in seiner 1979 veröffentlichten Arbeit beschrieb Cotton, dass 30-50% der Kinder aus Familien mit positiver Suchtanamnese selbst im Laufe ihres Lebens eine Suchtkrankheit entwickeln. Risikofaktoren für eine solche Erkrankung stellen z.B. antisoziales, autoaggressives Verhalten und Störungen im affektiven Bereich (zitiert in:³²), wie auch Angst und Panik Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), depressive Störungen, Suizidale- und andere Verhaltensstörungen, die bereits in der frühen Kindheit auftreten, dar. Diese psychosozialen Dysregulationen im Kindesalter tragen grundsätzlich zu einer Erhöhung des Risikos hinsichtlich des regelmäßigen Alkoholkonsums in der Jugend, der Entstehung von alkoholbedingten Problemen und der Entwicklung einer Alkoholkonsumstörung bei³³⁻³⁵. Sie wirken sich aufeinander aus und sind außerdem abhängig von äußeren und genetischen Einflüssen.

Besondere familiäre und soziale Bedingungen, wie z.B. mangelnde Betreuung und geringeres Einbezogensein der Eltern in das Leben ihrer Kinder^{34,36} scheint mit vermehrtem Umgang mit trinkenden Peers assoziiert zu sein³⁷. Besonders unter Freunden kann Substanzkonsum auch zur Sicherung eines hohen Ansehens genutzt werden^{38,39}. Von Bedeutung ist darüber hinaus auch die Bewältigung typischer Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz: Früher Substanzkonsum kann zur Demonstration von Autonomie, eigenem, sich vom elterlichen unterscheidenden Lebensstil, und somit zur Abgrenzung von diesen

benutzt werden. Gleichzeitig kann Substanzkonsum auch zum Mittel der scheinbaren Bewältigung negativer Gefühle werden.

Während hohe soziale Reife den frühen Umgang mit Alkohol reduzieren mag, kann frühe sexuelle Reife dazu beitragen, dass Jugendliche schneller mit Alkohol in Berührung kommen und auch eher in binge drinking (Rauschtrinken) involviert sind ⁴⁰.

Unterschiede im Erleben von besonderen Ereignissen (life events), individuelle Bewältigungskapazitäten²² und auch das jeweilige soziale Netz, in das ein Jugendlicher eingebunden ist, haben genauso Effekte auf die Entwicklung einer Alkoholmissbrauchsstörung, wie soziodemographische Faktoren, zu denen Familienstruktur, Alter und Geschlecht zählen ⁴¹.

2.3 Neurobiologische Faktoren

Zusätzlich zu diesen psychologischen, biologischen und sozialen Besonderheiten des Jugendalters lassen sich in der Zeit zwischen Kindheit und Erwachsenenalter besondere neurobiologische Veränderungen feststellen. Neurobiologische Forschungen demonstrieren strukturelle und funktionale Umbauvorgänge des Gehirns, insbesondere des Hippocampus, des präfrontalen Kortex, und des limbischen Systems in der Adoleszenz. Es findet sich eine Vergrößerung des Zellkörpervolumens im Neocortex bei gleichzeitigem Verlust von Synapsen. Darüber hinaus zeigen sich Veränderungen in der Neurotransmission. Die erregenden neuronalen Dopamin- und Serotoninsysteme reorganisieren sich in der Jugend, wobei es zu einer Abnahme von Rezeptoren für unterschiedliche Neurotransmitter, sowie zu einer Degeneration von Synapsen, insbesondere der erregenden Systeme, kommt. Hieraus resultiert eine verminderte Erregung des präfrontalen Kortex und des limbischen Systems. Beide Bereiche sind an der Steuerung von Impulsen, Zielstrebigkeit und Emotionen beteiligt ⁴². Veränderungen in diesen Gehirnteilen sollen in Zusammenhang mit dem für Jugendliche charakteristischen Verhalten wie z.B. der Suche nach Neuem / Sensation, sowie risikoreichem Verhalten stehen. Dies spiegelt sich auch im Alkohol - und Drogenkonsumverhalten wieder ⁴³: ein Ausprobieren und auch eine Zunahme des Alkoholkonsums sind typisch für Jugendliche.

Veränderungen im glutamatergen System sollen zu einer besonderen Vulnerabilität des jugendlichen Gehirns und somit zu einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber Störungen, wie z.B. sehr hohen Alkoholkonsums wie beim binge drinking, führen ^{42,44}.

Beeinträchtigungen der Funktion des präfrontalen Kortex, die signifikant mit Substanzmissbrauchsstörungen assoziiert sind, sind das Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom und Störungen des Sozialverhaltens⁴⁵. Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauchsstörungen können vor allem Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter in den Bereichen Kognition, Affektregulation und Verhaltenskontrolle geben. Diese unterschiedlichen Faktoren sollten zusammen betrachtet werden und charakterisieren besonders in ihrem gemeinsamen Auftreten eine Risikogruppe im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Störungen des Affekt-, Sozial- und Abhängigkeitsverhaltens ⁴⁵.

2.4 Gesundheitliche und soziale Folgen des Alkoholkonsums

Alkohol (Ethanol) ist eine toxische Substanz, die Zellen von Nerven und Organen schädigen kann. Nach oraler Aufnahme wird er rasch im menschlichen Körper resorbiert. Die Wirkung des Alkohols ist abhängig von der konsumierten Menge sowie von individuellen Komponenten. Neben akuten körperlichen (Tachykardie, Schwindel, erhöhte Diurese u.a.) und psychischen (senkt Hemmschwellen, Stimmungsschwankungen, Verhaltensveränderungen) Reaktionen geht der Konsum von Alkohol mit langfristigen gesundheitlichen Risiken und Folgen einher. Er verursacht Entzündungen der Bauchspeicheldrüse, Leberfunktionsstörungen, Leberzirrhose, Krebs, gastrointestinale Störungen, kardiovaskuläre Krankheiten, Störungen des Immunsystems und der Reproduktion, Verhaltensauffälligkeiten sowie vorgeburtliche Schäden bei Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und kann zur Abhängigkeit führen ⁴⁶.

Ferner stellt Alkoholkonsum als Unfallursache ein bedeutendes Sicherheits- und Gesundheitsrisiko in Deutschland dar. Mehr als 20 000 Unfälle standen laut Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. im Jahr 2007 in Zusammenhang mit Alkoholkonsum eines Verkehrsteilnehmers ⁴⁷.

Auch volkswirtschaftlich ruft Alkohol erhebliche Belastungen hervor: Alkohol assoziierte Krankheiten, alkoholassoziierte Delikte, Unfälle und Kosten durch Fehlzeiten bei der Arbeit sowie Arbeitslosigkeit führen zu hoher finanzieller Belastung der Gesellschaft von jährlichen schätzungsweise 20 Milliarden Euro⁴⁸.

Insbesondere unter Kindern und Jugendlichen stellt regelmäßiger und häufiger Alkoholkonsum ein signifikantes soziales und gesundheitliches Problem dar. Untersuchungen haben gezeigt, dass früher Alkoholkonsum unter Minderjährigen mit riskanten Verhaltensweisen einhergeht: Amerikanische Analysen konnten ein erhöhtes Risiko für delinquentes Verhalten, Gewalt, Rauchen, Konsum illegaler Drogen sowie Geschlechtsverkehr ohne Kondom⁴⁹⁻⁵¹ für Jugendliche, die regelmäßigen Alkoholkonsum berichteten, nachweisen. Aktuelle Studien geben des Weiteren Hinweise darauf, dass Jugendliche, die im Alter von 13 Jahren oder jünger anfangen Alkohol zu trinken, im Verlauf häufiger geringere Schulleistungen aufweisen und durch delinquentes Verhalten auffallen⁵². Ferner gehen Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum unter Jugendlichen überproportional häufig mit Depressionen, Angststörungen und Fremdaggression einher⁵³.

Unter Jugendlichen stellt darüber hinaus das Rauschtrinken (englisch binge-drinking) und seine negativen Konsequenzen ein zunehmend relevantes Problem dar. In der Literatur wird eine erhöhte Gefahr für das Eintreten negativer Folgen wie Übelkeit und Erbrechen, Teilnahme am Straßenverkehr etc. nach dem Rauschtrinken beschrieben⁵⁰.

3 Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Aktuelle Untersuchungen unter nicht intelligenzgeminderten Kindern- und Jugendlichen zeigen eine weite Verbreitung des Alkoholkonsums in dieser Population^{25,54-56}. Die hohe Prävalenz des Alkoholkonsums unter Kindern und Jugendlichen belegt die ESPAD: Von den befragten Schülern und Schülerinnen der 9. und 10. Klassen gaben nur 4% an, in ihrem Leben noch nie Alkohol getrunken zu haben, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung waren nur 6,7% abstinent⁵⁴. Unter denen in der ESPAD befragten Schülern und Schülerinnen der 9. und 10. Klassen gab knapp die Hälfte einen häufigen, d.h. mehr als 40maligen Alkoholkonsum (Lebenszeitprävalenz) an⁵⁴. Bis zum zwölften Lebensjahr hatte circa die Hälfte der in der ESPAD befragten Schüler und Schülerinnen bereits Alkohol konsumiert⁵⁴. Angaben über das durchschnittliche Alter des Beginns des Alkoholkonsums intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher in Deutschland sowie über die Häufigkeit der Trinkereignisse stehen in der Literatur nicht zur Verfügung. Für die Entwicklung psychischer Gesundheit sind insbesondere die ersten Lebensjahre entscheidend. Bezüglich der Wahrscheinlichkeit eine alkoholassoziierte Störung zu entwickeln, konnte neben genetischen und sozialen Einflüssen ein erhöhtes Risiko durch frühes Einstiegsalter und häufige Trinkereignisse festgestellt werden^{57,58}. Ob und in wie fern frühes Einstiegsalter und häufige Trinkereignisse auch bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen die Entwicklung alkoholassoziierten Störungen begünstigen, ist noch zu erforschen. Hinsichtlich des besuchten Schultyps beschreiben die Ergebnisse der ESPAD und des KiGGS einen riskanteren Alkoholkonsum unter Haupt- und Realschülern als unter Gymnasiasten^{54,55}. Dies lässt vermuten, dass eine niedrigere schulische Bildung mit einem erhöhten Risiko, ein riskantes Trinkverhalten zu entwickeln, einhergeht^{54,55}. Andererseits zeigen die Ergebnisse der ESPAD ein höheres Problembewusstsein unter Haupt- und Realschülern im Vergleich zu Gymnasiasten bezüglich der gesundheitlichen Folgen durch Alkohol⁵⁴. Intelligenzgeminderte Jugendliche wurden in beiden Studien nicht berücksichtigt.

Neben Einstiegsalter und Häufigkeit der Trinkereignisse spielt die Erwartung hinsichtlich der Wirkung des Alkohols in der Suchtentwicklung eine Rolle:

Personen mit einer auf die Wirkung des Alkohols bezogenen bevorzugten Erwartungshaltung scheinen besonders gefährdet zu sein ⁵⁹. Keine generalisierbaren Angaben finden sich in der Literatur über den Einfluss der Wirkerwartung auf die Suchtentwicklung unter intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen. Dementsprechend kann die Frage nach dem Einfluss der Intelligenz auf die Wirkerwartung an den Alkoholkonsum sowie die damit verbundenen Konsequenzen hinsichtlich des Trinkverhaltens und der Entwicklung einer Alkoholsucht bei intelligenzgeminderten Jugendlichen anhand der Literatur nicht beantwortet werden.

Darüber hinaus wird die Entwicklung einer Alkoholmissbrauchsstörung und einer Abhängigkeit von unterschiedlichen genetischen ⁵⁹⁻⁶², biopsychologischen ^{34,35}, sozialen und neurobiologischen ^{43,63} Faktoren beeinflusst (vgl. S. 23-25). Die Untersuchungen bezüglich der Ätiologie von Abhängigkeit und Substanzmissbrauch beziehen sich überwiegend auf nicht intelligenzgeminderte Personen.

Analysen des Verhaltens nicht intelligenzgeminderter Jugendlicher zeigen insbesondere Zusammenhänge zwischen impulsivem Verhalten und Alkoholkonsum ⁶⁴⁻⁶⁶. Individuen mit mangelnder Impulskontrolle neigen eher zu positiven und weniger zu negativen Erwartungen an Alkoholkonsum ^{67,68}. Kinder und Jugendliche, die dem Alkoholkonsum positive Attribute zuschreiben, haben ein höheres Risiko alkoholassoziierte Probleme zu entwickeln ^{69,70}.

Sozioökonomische Faktoren wie Arbeitslosigkeit und Armut konnten unter nicht intelligenzgeminderten Personen ebenfalls als Risikofaktoren für Alkoholmissbrauch identifiziert werden. Mit zunehmender Dauer einer Arbeitslosigkeit und Armut steigt das Risiko für starkes Trinken. Die Anzahl an Trinkern nimmt zu ⁷¹. Von einem für intelligenzgeminderte Arbeitslose ebenfalls erhöhtem Risiko für Alkoholmissbrauch ist auszugehen. Darüber hinaus stehen kriminelle Handlungen häufig mit Substanzmissbrauch in Zusammenhang ⁷²⁻⁷⁴.

In den letzten Jahren ist insbesondere das Rauschtrinken, bzw. so genanntes „binge-drinking“, unter Jugendlichen in den Fokus aktueller Untersuchungen getreten. Es stellt ein zunehmendes Problem unter Heranwachsenden dar ^{54,56,75}. Laut des Drogen- und Suchtberichts der Bundesregierung betrieb etwa ein Fünftel aller 12-17-jährigen während des letzten Monats „binge-drinking“ ⁷⁶. Trunkenheit kann als Indikator für Alkoholmissbrauch gewertet werden.

Jugendliche, die häufige Rauscherlebnisse berichten, weisen eine schlechtere allgemeine Gesundheit sowie häufigere Krankenhausaufenthalte auf ⁷⁷. Der Einfluss häufiger Rauscherlebnisse bei intelligenzgeminderten Jugendlichen und deren gesundheitliche Folgen sowie der Zusammenhang mit weiteren Verhaltensweisen, die die Gesundheit schädigen, z. B. Rauchen, findet in der Literatur wenig Beachtung. Es kann von einem ähnlichen Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren bei intelligenzgeminderten Jugendlichen wie bei nicht intelligenzgeminderten Jugendlichen ausgegangen werden. So ist anzunehmen, dass auch unter intelligenzgeminderten Jugendlichen das Rauschtrinken sowie damit assoziierte gesundheitsschädigende Handlungsweisen zunehmend an Relevanz gewinnen. Untersuchungen bezüglich des Zusammenhangs zwischen Alkohol- und Zigarettenkonsum unter nicht intelligenzgeminderten Personen haben ergeben, dass Menschen die Alkohol trinken ebenfalls vermehrt rauchen und umgekehrt. Darüber hinaus wird ein quantitativer Zusammenhang beschrieben: Je mehr Alkohol konsumiert wird, umso mehr Zigaretten werden geraucht. Wird die Diagnose der Abhängigkeit von der einen Substanz gestellt, liegt häufig gleichzeitig auch eine Abhängigkeit von der anderen Substanz vor ⁷⁸. Verschiedene Mechanismen führen zu gleichzeitigem Alkohol- und Tabakkonsum. Dazu tragen genetische Faktoren, neurobiologische Mechanismen, wie zum Beispiel Neurotransmitter und Nikotinrezeptoren, die mit beiden Drogen interagieren und deren Wirkung beeinflussen sowie psychosoziale Faktoren (Persönlichkeitsstruktur, zusätzliche psychiatrische Störungen) bei ^{78,79}. Die Behandlungserfolge bei nicht intelligenzgeminderten Patienten mit Alkohol- und Tabakabhängigkeit sind meist schlechter als bei Auftreten nur einer Abhängigkeitsstörung ⁷⁸. Auch Untersuchungen des Rauch- und Trinkverhaltens von Personen mit Intelligenzminderung haben ergeben, dass Raucher signifikant häufiger dazu neigen, Alkohol zu konsumieren ⁸⁰. Regelmäßiger Tabakkonsum kann dementsprechend als Alkoholkonsum fördernde Variable gewertet werden ^{43,62,81}.

Die zunehmende Relevanz von Alkoholmissbrauch und Rauschtrinken unter nicht intelligenzgeminderten Jugendlichen sowie die damit einhergehende Gefährdung der Gesundheit durch den Alkohol und assoziierte Risikofaktoren unterstreichen die Notwendigkeit der Erforschung und Umsetzung

entsprechender Aufklärungs-, Präventions- und Therapiemaßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Vermeidung von gesundheitsschädigendem Verhalten. Alkoholkonsum bei intelligenzgeminderten Personen wird in der Literatur wenig berücksichtigt. Die vorhandenen Untersuchungen über Alkoholmissbrauch durch Intelligenzgeminderte beschränken sich oft auf intelligenzgeminderte Erwachsene. Kinder und Jugendliche mit geminderter Intelligenz sind bisher kaum in Studien einbezogen worden. Insbesondere in die großen jüngst veröffentlichten Schülerstudien zum Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum sowie zur allgemeinen Gesundheit (ESPAD, KiGGS, HBSC) wurden intelligenzgeminderte Jugendliche nicht mit einbezogen.

Es ergibt sich ein dringender Forschungsbedarf hinsichtlich der Ausprägung des Alkoholkonsums, -missbrauchs und des Rauschtrinkens auch unter Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, um das Alkoholkonsumverhalten dieser Personengruppe einordnen sowie entsprechende Maßnahmen zur Prävention einleiten zu können. Präventions- und Therapieoptionen bei Alkoholkonsumstörungen werden trotz dringender Notwendigkeit in der Forschung kaum auf ihre Zugänglichkeit und Wirksamkeit bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen überprüft. Der Einschluss intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher in umfassende Studien im Vergleich zu nicht intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen ist erforderlich.

4 Intelligenzminderung und Substanzmissbrauch

Trotz des in unserer Gesellschaft weit verbreiteten Alkoholkonsums existieren nur wenige Studien zur Prävalenz des Alkoholkonsums bei Menschen mit geminderter Intelligenz. Die Konsequenzen des Alkoholmissbrauchs und die Therapiemöglichkeiten für Menschen mit Intelligenzminderung finden in der Literatur nur wenig Beachtung.

In ersten Studien zum Alkoholkonsum von intelligenzgeminderten Personen wurde eine höhere Vulnerabilität gegenüber Alkohol beschrieben. Damit wurde verbunden, dass intelligenzgeminderte Menschen ebenfalls ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit besitzen ^{82,83}. Spätere Studien zeigten im Gegensatz dazu jedoch, dass hoher Alkoholkonsum unter Intelligenzgeminderten selten und unregelmäßig auftritt ⁸⁴. Weitere Autoren beschrieben weder exzessive Alkoholkonsummuster unter Intelligenzgeminderten noch konnten sie einen Zusammenhang zwischen Intelligenzminderung und riskantem Alkoholkonsum feststellen ^{85,86}. Untersuchungen von Krishef, Craft und Jenkins (1968) sowie Edgerton beschrieben, dass Intelligenzminderung als solche zu keiner typischen Vulnerabilität für Alkohol führt ⁸⁶⁻⁸⁸. Walin konnte ebenso keine kausale Verbindung zwischen Intelligenzminderung und Alkoholkonsum bestätigen ⁸⁹. Quantitative Unterschiede bezüglich des Alkoholmissbrauchs unter Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Normalbevölkerung konnten Clarke und Wilson (1999) ³⁵ nicht finden. Ein eindeutig erhöhtes Risiko für hohen Alkoholkonsum und die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit unter Intelligenzgeminderten kann so mittels der spärlich vorhandenen Literatur nicht belegt werden ^{35,85}. Alkoholmissbrauch scheint unter intelligenzgeminderten Personen genauso häufig wie unter nicht intelligenzgeminderten Personen zu sein ⁹⁰⁻⁹⁴. Weitere Studien beschrieben sogar niedrigere Raten für Alkohol- und Drogengebrauch und -missbrauch bei Intelligenzgeminderten im Vergleich zu nicht Intelligenzgeminderten ^{87,95}. Westermeyer et al. verglichen Substanzmissbrauch unter Personen mit Intelligenzminderung mit Substanzmissbrauch unter Personen ohne Intelligenzminderung (1996). Die Intelligenzgeminderten wiesen einen späteren Beginn des Alkoholkonsums, eine geringere Lebenszeitprävalenz, geringeren Konsum im vorangegangenen

Jahr sowie weniger schwerwiegende und auch kürzere Substanzmissbrauchsanamnesen auf ⁹².

Es ist wichtig zu erkennen, dass unterschiedliche geistige Beeinträchtigungen und psychische Störungen mit den verschiedensten Alkohol bezogenen Problemen einhergehen können ⁹⁶. Krishef zeigte, dass Personen mit geistigen Störungen häufig über gesundheitliche Probleme berichten. Von 111 Personen mit geistiger Retardierung, die Alkohol konsumierten, gaben 40% medizinische Probleme, 36% Anfallsleiden und 50% Medikamenteneinnahme an ⁸⁶. Bei Menschen mit geistiger Behinderung vermehrt auftretende Krankheiten könnten so zu einer besonderen Anfälligkeit dieses Personenkreises gegenüber Alkoholwirkungen führen ⁹⁷. Deb und Weston (2000) sowie Ross et al. (1988) legten ebenfalls dar, dass Menschen mit geistiger Behinderung besonders vulnerabel für die schädlichen Wirkungen des Alkohols sind ^{98,99}. Unterschiedliche Studien beschrieben darüber hinaus, dass mit Alkoholkonsum zusammenhängende Probleme bei Menschen mit Intelligenzminderung häufiger und schon bei Konsum geringerer Mengen als bei Personen ohne Intelligenzminderung auftraten ^{87,92,100}. Diese beziehen sich jedoch nicht explizit auf Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung sondern auf Erwachsene mit Intelligenzminderung. Menschen mit Intelligenzminderung haben eingeschränkte Fähigkeiten, Probleme wahrzunehmen, sie zu lösen und Bewältigungsmöglichkeiten zu finden ^{101,102}. Es ist anzunehmen, dass Defizite in der Problembewältigung und -lösung sich unter Alkoholkonsum noch verstärken.

Die Entwicklung von geistig beeinträchtigten Kindern verläuft deutlich verzögert und kann mit unterschiedlichen Störungen insbesondere in der Entwicklung von sozialen Beziehungen einhergehen: unbestimmte Beziehungen, keine tiefer gehenden Freundschaften mit Altersgenossen, keine Autonomie, keine Verantwortung, Abhängigkeit und Suggestibilität, kognitiver Stress bei Umgebungsveränderung und Mangel an sozialer Akzeptanz und Unterstützung beeinflussen die persönliche Entwicklung. Daraus können bestimmte Fehlentwicklungen und Verhaltensauffälligkeiten abgeleitet werden, die auch delinquente Handlungen beinhalten können. Besondere psychosoziale Belastungsfaktoren in der Suchtentwicklung, wie mangelnde Kompensationsmöglichkeiten aufgrund intellektueller und emotionaler

Beeinträchtigung oder fehlende Entwicklung der Selbstentwicklung beschrieb auch Schinner (2000) ¹⁰³. Der Einfluss dieser fehlenden individuellen Schutzfaktoren und der mangelnden sozialen Akzeptanz stellen im Hinblick auf die Entwicklung einer Sucht wichtige Faktoren dar. Uchtenhagen und Zieglgänsberger (2000) zeigten, dass Menschen mit primären psychischen Störungen einschließlich Intelligenzminderung zum Suchtmittelmissbrauch neigen um psychosozialen Problemen zu entkommen ¹⁰⁴. Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine irische Studie: Zehn Menschen mit Intelligenzminderung wurden nach den Gründen für ihren Alkoholkonsum gefragt und nannten insbesondere das Trinken im Sinne einer Selbstmedikation aufgrund negativer Lebensereignisse ¹⁰⁵. Unter nicht intelligenzgeminderten Personen stellen Defizite in der Problembewältigung sowie die Erfahrung schwieriger Lebensereignisse Risikofaktoren für die Entwicklung einer Suchterkrankung dar ¹⁰⁶. In der Literatur wird wenig über den Einfluss von fehlenden Problemlösungsfähigkeiten, negativen Rollenbildern oder Arbeitslosigkeit auf die Entstehung einer Sucht insbesondere bei intelligenzgeminderten Personen berichtet. Es besteht die Möglichkeit, dass auch unter Intelligenzgeminderten Substanzmissbrauch eine regulierende Funktion in der Bewältigung bestimmter Lebensereignisse einnimmt ¹⁰⁶.

Studien über Risikofaktoren für Substanzmissbrauch unter Intelligenzgeminderten sind selten. Als Risikofaktoren gelten jedoch männliches Geschlecht und junges Alter ¹⁰⁷. Ferner konnten bestimmte problematische Verhaltensweisen als Risikofaktoren identifiziert werden. Zu diesen zählen aggressives Verhalten, Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten, Stimmungsschwankungen und sexuelle Ausnutzung ⁹⁴.

Hinsichtlich des Problembewusstseins intelligenzgeminderter Jugendlicher im Vergleich zu nicht intelligenzgeminderten Jugendlichen besteht weiterer Forschungsbedarf. Zu prüfen ist, ob normale Intelligenz mit einer höheren Gesundheitskognition gleichzusetzen ist und damit zu einem risikoärmeren Trinkverhalten führt und Intelligenzminderung umgekehrt einen Risikofaktor für riskanten Alkoholkonsum darstellt. Diesbezüglich ist der Frage nachzugehen, ob und in welchem Maße eine Psycho- und Gesundheitsedukation stattfindet sowie deren Kompatibilität für intelligenzgeminderte Jugendliche zu evaluieren. Ist unter intelligenzgeminderten Jugendlichen ein Verständnis zur Ausbildung

eines Problembewusstseins vorhanden? Um diese Fragen ausreichend beantworten zu können, sind ausführliche Untersuchungen, die sich explizit auf Jugendliche mit Intelligenzminderung beziehen, dringend notwendig.

Bezüglich der Psychopathologie intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher konnten Dekker et al. (2002) zeigen, dass diese im Vergleich zu nicht intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für die Manifestation von Verhaltensstörungen und emotionalen Verhaltensauffälligkeiten aufweisen¹⁰⁸. Fernerhin verdeutlichten Dekker et al. (2002), dass die typischen, teilweise problematischen Verhaltensweisen von Jugendlichen in der Entwicklung sowohl bei nicht intelligenzgeminderten als auch bei intelligenzgeminderten Jugendlichen auftreten.

Hymowitz et. al. (1997) konnten darlegen, dass in der von ihnen untersuchten Population Intelligenzgeminderter Zigarettenkonsum häufiger auftritt als in der Normalbevölkerung. Milde Intelligenzminderung kann demnach nicht als Schutz- sondern eher als Risikofaktor für Zigarettenkonsum angesehen werden⁸⁰. Emerson & Turnbull (2005) untersuchten den Alkohol und Zigarettenkonsum unter 95 intelligenzgeminderten Jugendlichen im Vergleich zu 4069 nicht intelligenzgeminderten Jugendlichen: Mehr Jugendliche mit Intelligenzminderung als Jugendliche ohne Intelligenzminderung gaben an, mindestens einmal im Monat zu rauchen, weniger Jugendliche mit Intelligenzminderung als nicht Intelligenzgeminderte berichteten dagegen, mindestens einmal im Monat Alkohol zu konsumieren. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen konnten hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Alkohol- und Zigarettenkonsums sowie des regelmäßigen Konsums von mehr als sieben Zigaretten pro Tag festgestellt werden. Der höhere Anteil an Intelligenzgeminderten, die mindestens einmal im Monat rauchten, wurde als Nebeneffekt einer höheren Armutsrate unter Intelligenzgeminderten gewertet⁹³. Hoher Tabakkonsum unter Intelligenzgeminderten erhöht ebenso wie unter nicht Intelligenzgeminderten das Risiko für Tabak assoziierte Folgeerkrankungen wie Arteriosklerose, Herz-Kreislauferkrankungen oder Hypertonie. Rauchfreie Schulen und Förderschulen stellen einen Schritt zur Prävention und Senkung des Tabakkonsums unter Jugendlichen, speziell intelligenzgeminderten Jugendlichen, dar. Aufgrund des mit hohem Zigarettenkonsum assoziierten höheren Alkoholkonsums⁸⁰ ist eine

rauchfreie Förderschule ebenso ein wichtiger präventiver Ansatz hinsichtlich des Alkoholkonsums unter intelligenzgeminderten Jugendlichen.

Die Wohnsituation Intelligenzgeminderter kann als ein weiterer wichtiger Faktor hinsichtlich des Trinkverhaltens gesehen werden. Verschiedene Untersuchungen gingen der Frage nach dem Einfluss der Wohnsituation Intelligenzgeminderter auf deren Alkoholkonsum nach. Krishef (1986) verglich Alkohol missbrauchende geistig Retardierte, die in Gruppeneinrichtungen wohnten mit den in Familien Lebenden: Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von den Lebensumständen ⁸⁶. In einer umfangreichen Untersuchungsreihe konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Alkoholkonsums und – missbrauchs in Abhängigkeit von der Wohnsituation festgestellt werden ⁸⁷. Ein wichtiger und bisher in der Literatur wenig beachteter Aspekt ist die Obdachlosigkeit von Menschen mit Intelligenzminderung. Oakes & Davies (2008) konnten feststellen, dass Obdachlose signifikant häufiger eine Intelligenzminderung aufweisen als die Allgemeinbevölkerung ¹⁰⁹.

Studien mit nicht intelligenzgeminderten Personen ergaben, dass Substanzmissbrauch und psychische Erkrankungen unter Obdachlosen überproportional häufig auftreten ¹¹⁰. Martijn und Sharpe konnten eine erhöhte Rate an Alkoholmissbrauchsstörungen unter obdachlosen Jugendlichen feststellen ¹¹¹. Der Einfluss der Wohn- und Lebenssituation auf den Alkoholmissbrauch intelligenzgeminderter Jugendlicher ist ein dringend weiter zu untersuchendes Thema.

Untersuchungen von Taanila et al. (2005) zeigen ein erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit unter intelligenzgeminderten Erwachsenen. Eine Studie zur Erwerbssituation von 129 intelligenzgeminderten Erwachsenen im Alter von 34 Jahren in Finnland ergab, dass mehr als 80% der Untersuchten von einer Rente lebten. Neunzehn Personen mit leichter Intelligenzminderung übten eine einfache Tätigkeit aus und waren in den Arbeitsmarkt integriert. Innerhalb eines untersuchten Zeitraumes von acht Jahren waren weniger Personen als in der Referenzgruppe nicht Intelligenzgeminderter arbeitstätig und die Dauer der Arbeitslosigkeit der Intelligenzgeminderten hatte jeweils länger angehalten ¹¹². Insbesondere ist in diesem Zusammenhang der Frage nachzugehen, welche Auswirkungen längerfristig bestehende Arbeitslosigkeit unter

Intelligenzgeminderten auf das Milieu, in dem sie leben, hat, ob Armut entsteht und diese wiederum eine Alkoholkonsum fördernde Komponente darstellt. Die Partizipation intelligenzgeminderter Menschen am Arbeitsmarkt einerseits sowie die Förderung der Gesundheit und eines Gesundheitsbewusstseins insbesondere intelligenzgeminderter Menschen im Allgemeinen sowie im Speziellen hinsichtlich des Alkoholmissbrauchs sind notwendig. Angaben zum Alkoholmissbrauch intelligenzgeminderter Jugendlicher und der Auswirkungen auf spätere Berufschancen sind in der Literatur kaum zu finden. Weitere Untersuchungen bezüglich der Problematik sind nötig.

Untersuchungen von Poldrugo (1998) zeigten, dass Kriminelle mit Intelligenzminderung in Gefängnissen und Gerichtsverhandlungen überrepräsentiert sind und die Hälfte dieser Personen Alkohol assoziierte Probleme aufweist ⁷³. Eine von 1996-2006 durchgeführte finnische Übersichtsstudie untersuchte den Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren, Intelligenzminderung und Kriminalität. Bei der Hälfte der untersuchten Straftäter mit Intelligenzminderung konnte ein Alkoholmissbrauch diagnostiziert werden ¹¹³. Winter et al. untersuchten Risikofaktoren für kriminelles Verhalten unter Erwachsenen mit Lernbehinderung. Im Vergleich zur Kontrollgruppe der Intelligenzgeminderten ohne Straftat in der Anamnese konnten in der Gruppe der lernbehinderten Straftäter folgende Risikofaktoren für kriminelles Verhalten identifiziert werden: Fehlender Kontakt zum Vater, Straftäter in der Familie, Obdachlosigkeit in der Vergangenheit, Drogenabusus, Verhaltensprobleme in der Kindheit, instabile Familienverhältnisse. Die Gruppe der Straftäter wies ähnliche Charakteristika wie Straftäter ohne Lernbehinderung auf ¹¹⁴. Diese Ergebnisse führen zu der Annahme, dass kriminelle Verhaltensweisen Intelligenzgeminderter ebenso wie von nicht intelligenzgeminderten Personen durch bestimmte ähnliche Umgebungsfaktoren beeinflusst werden. Insgesamt gibt es eher wenige Studien, die den Zusammenhang zwischen Intelligenzminderung, Alkoholkonsum und kriminellen Handlungen untersuchten. Bezüglich einer Assoziation von Intelligenzminderung, Alkoholmissbrauch und dem Begehen krimineller Handlungen bereits im Kindes- und Jugendalter besteht dringend Forschungsbedarf.

Die vorhandene Literatur über das Alkoholkonsumverhalten Intelligenzgeminderter beschäftigt sich überwiegend mit erwachsenen Intelligenzgeminderten. Ein Vergleich des Alkoholkonsumverhaltens von Intelligenzgeminderten mit nicht Intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen ist aufgrund der Datenlage kaum möglich.

Des Weiteren basiert der überwiegende Anteil der bestehenden Untersuchungen zum Trinkverhalten von Erwachsenen mit Intelligenzminderung auf relativ kleinen Stichproben. Umfassende vergleichende Studien im Hinblick auf das Alkoholkonsumverhalten von Intelligenzgeminderten und nicht Intelligenzgeminderten Jugendlichen sind in der Literatur nicht zu finden.

Fernerhin gibt es kaum entsprechende Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum. Die überwiegende Anzahl der Studien, die sich mit dem Trinkverhalten und den damit einhergehenden Problemen von Intelligenzgeminderten Personen beschäftigen, stammt aus dem englischsprachigen Raum.

5 Fragestellung

Laut Epidemiologischem Suchtsurvey 2006/Basisalter 18-64-Jährige lag die 12-Monats-Prävalenz für riskanten Alkoholkonsum bei 15.400.000 ^{47,115}. Im Jahr 2008 haben etwa drei Viertel der 12-17-Jährigen schon Alkohol getrunken ²⁵. Angaben zum Alkoholkonsumverhalten von intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen in Deutschland im entsprechenden Zeitraum sind in der Literatur nicht zu finden. Aufgrund der hohen Bedeutung des Alkoholmissbrauchs in unserer Gesellschaft ist es besonders wichtig, nicht nur die allgemeine Bevölkerung sondern auch Randgruppen wie intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche in der Forschung zu berücksichtigen.

Die vorliegende Arbeit erforscht den Alkoholkonsum und –missbrauch insbesondere von Kindern- und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Sie versucht damit einige der aufgezeigten erheblichen Forschungslücken zu schließen, Einflussgrößen auf den Alkoholkonsum und –missbrauch Intelligenzgeminderter aufzuzeigen sowie seine Folgen darzulegen. Besonderes Motiv für diese Arbeit war außerdem der Mangel an Untersuchungen bezüglich des Alkoholkonsumverhaltens intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher aus dem deutschsprachigen Raum. Des Weiteren fiel eine oft nur geringe Stichprobengröße in der vorhandenen Literatur auf. Ein weiteres Ziel dieser Untersuchung war dementsprechend eine ausreichende Stichprobengröße zu erlangen, um aussagefähige und vergleichbare Ergebnisse erzielen zu können.

Besonderer Gegenstand der Arbeit ist die Frage nach der Auswirkung der Intelligenzminderung auf den Alkoholkonsum. Ist Intelligenzminderung ein Risikofaktor oder ein protektiver Faktor für Alkoholkonsum? Im Kontext dieser Arbeit stellt der Alkoholkonsum die von der Intelligenz abhängige Variable dar. Vor dem Hintergrund dieser Fragestellung wird das Trinkverhalten der intelligenzgeminderten Förderschüler (FS) und nicht intelligenzgeminderten Regelschüler (RS) verglichen. Darüber hinaus wird ein Risikoprofil erarbeitet, welches insbesondere die Unterschiede der Risikofaktoren für den Alkoholkonsum von FS im Gegensatz zu RS darstellt.

Um Assoziationen zwischen persönlichen Merkmalen (z.B. Alter, Geschlecht, Minderung der Intelligenz), Familienmerkmalen (z.B. soziale Situation,

Arbeitslosigkeit der Elternteile, Nikotin- und Alkoholkonsum in der Familie) und dem sozialen Umfeld auf das Trinkverhalten eines Förderschülers mit Intelligenzminderung bzw. eines Regelschülers zu identifizieren, wird ihr Trinkverhalten in Zusammenhang mit diesen Aspekten aufgezeigt.

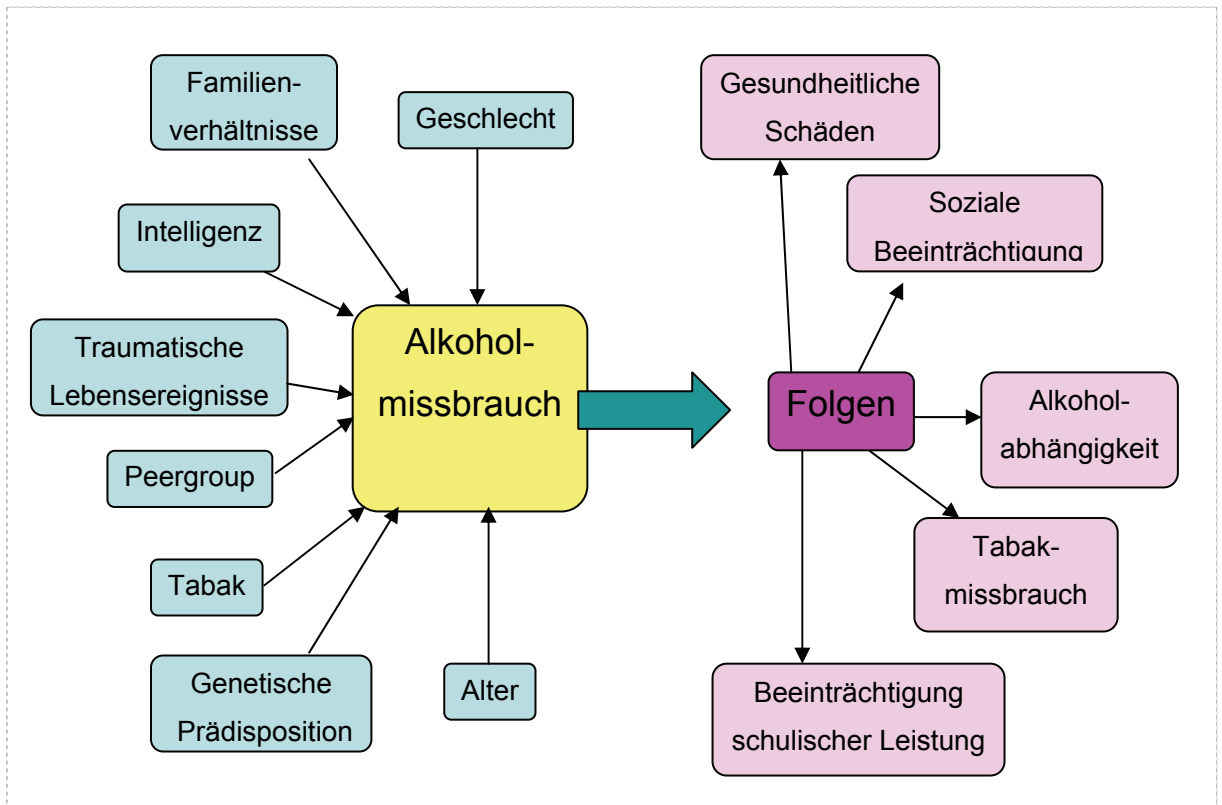


Abbildung 1: Ursachen und Folgen des Alkoholmissbrauchs

27-29,34,36,43,58,68,81,116

Aufgrund der steigenden Tendenz des Rauschtrinkens unter Jugendlichen geht die Arbeit speziell auf riskantes Trinkverhalten unter Förderschülern, Rauscherlebnisse, Gründe und Folgen der Trunkenheit für diese Populationsgruppe ein. Erstmals soll damit ein direkter Vergleich des Trinkverhaltens zwischen Förder- und Regelschülern möglich sein. Ferner werden die Charakteristika des riskanten Trinkverhaltens und der damit verbundenen Konsequenzen der beiden Schülergruppen detailliert einander gegenübergestellt und Besonderheiten des Trinkverhaltens der Förderschüler herausgearbeitet.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen die Basis für speziell auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung ausgerichtete Interventions-, Präventions- und Therapieoptionen bilden.

6 Hypothesen

(1) Hinsichtlich des Einstiegsalters ist von einem späteren Einstieg der Förderschüler im Vergleich zu den Regelschülern auszugehen. Wie bereits beschrieben, konnte in der Literatur ein späteres Einstiegsalter bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung gezeigt werden (Vgl. S. 31).

(2) Bei frühem Einstiegsalter und häufigem Alkoholkonsum besteht unabhängig von der Intelligenz ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer alkoholassozierten Störung. Für nicht Intelligenzgeminderte zeigt die Literatur (Vgl. S. 27) ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Alkoholkonsumstörung bei früh einsetzendem und häufigem Alkoholkonsum.

(3) Es ist von einer geringeren Suchtgefährdung für Intelligenzgeminderte auszugehen, da eine weniger differenzierte auf die Wirkung des Alkohols bezogene Erwartungshaltung anzunehmen ist. Besonders suchtgefährdet erscheinen Personen mit einer konkreten Wirkerwartung an den Alkoholkonsum. Analog zu Studien im Erwachsenenalter, scheinen nicht intelligenzgeminderte Jugendliche konkretere Erwartungen an die Wirkung des Alkohols zu haben und bewusster Alkohol zu konsumieren, um bestimmte Effekte zu erzielen (Vgl. S. 27-28).

(4) Es lässt sich aufgrund eines in der Literatur beschriebenen ähnlichen Trinkverhaltens Intelligenzgeminderter mutmaßen, dass Rauschtrinken auch unter Förderschülern ein zunehmendes und aktuelles Problem darstellt. Gegenwärtige Studien (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Jugend und Rauschtrinken/Endbericht) zeigen die Relevanz des Rauschtrinkens unter Regelschülern (Vgl. S. 28-29).

(5) Unabhängig von der Intelligenz ist zu erwarten, dass eine hohe Zahl an Schülern ein risikoreiches Trinkverhalten aufweist (Vgl. S. 27-29).

(6) Es ist davon auszugehen, dass intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit geringer Problembewältigungskompetenz stärker durch eine Suchtentwicklung gefährdet sind.

(7) Man kann davon ausgehen, dass Kinder alkoholkranker Eltern unabhängig von der Intelligenz eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit haben (Vgl. S. 22-24).

(8) Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung ist im Vergleich zu nicht Intelligenzgeminderten mit einem höheren Risiko für mit Alkohol in Zusammenhang stehende soziale Auswirkungen zu rechnen. Zu Grunde liegende Studien beschreiben, dass Alkohol assoziierte (z.B. soziale) Probleme bei intelligenzgeminderten Erwachsenen rascher und schon bei Konsum geringerer Mengen als bei nicht Intelligenzgeminderten auftreten (Vgl. S. 26). Auch Defizite an Problemlösungsstrategien spielen bei der Entstehung negativer Folgen des Alkoholkonsums möglicherweise eine Rolle (Vgl. Hypothese 6).

(9) Es ist von einer höheren Gefährdung der Förderschüler im Vergleich zu den Regelschülern durch Zigarettenkonsum auszugehen, da eine leichte Intelligenzminderung als ein Risikofaktor für Tabakkonsum angesehen wird (Vgl. S. 34).

(10) Bei Förder- und Regelschüler mit regelmäßigem Alkoholkonsum ist ein erhöhtes Risiko für gleichzeitigen Zigarettenkonsum sowie ein höheres Risiko für regelmäßigen Alkoholkonsum unter rauchenden Förder- und Regelschülern zu erwarten. Untersuchungen belegen eine Korrelation von jugendlichem Alkohol- und Tabakkonsum (Vgl. S. 29-30).

(11) Unabhängig vom Schultyp ist anzunehmen, dass die befragten Lehrer den Alkoholkonsum ihrer Schüler eher unterschätzen.

7 Probendengut und Methoden

7.1 Einführung

Nachdem der Kontakt zum Bildungsministerium hergestellt worden war und die Erlaubnis für die Umfrage erteilt wurde, wurde eine Umfrage unter den Schülern und Lehrern zweier Rostocker Förderschulen sowie zweier Rostocker Gesamtschulen in der Zeit von Februar 2005 bis April 2005 durchgeführt. Mehrere Male wurden die einzelnen Schulen besucht, um so die Daten erheben zu können. Förder- und Regelschüler erhielten ähnliche Fragebögen, im Fragebogen der Förderschullehrer wurde die Problematik des gleichzeitigen Auftretens von Intelligenzminderung und Suchterkrankung speziell berücksichtigt.

7.2 Population

7.2.1 Gesamtstichprobe

Befragt wurden Schüler Rostocker Förderschulen, sowie Rostocker Gesamtschüler im Alter von 11-18 Jahren der folgenden Schulen:

- Förderzentrum Am Schwanenteich
- Förderzentrum Danziger Straße
- Gesamtschule Turkuer Straße
- Hundertwasser (Gesamt-)Schule

Diese Schulen wurden zufällig unter den Förder- und Gesamtschulen Rostocks ausgewählt. Insgesamt wurden 354 Förderschüler und 520 Gesamtschüler befragt. Nach der Datenbereinigung standen noch 354 Schüler der Förderschulen und 517 Schüler der Gesamtschulen zur Analyse zur Verfügung, das heißt insgesamt beträgt die Probandenzahl $n=871$. Die Stichprobe ist damit repräsentativ für alle Förderschüler- und Gesamtschüler Rostocks. Sie setzt sich zusammen aus den Schülern der Klassenstufen 5-10 (Durchschnitt FS 7.-8. Klasse, RS 8.-9. Klasse) mit einem durchschnittlichen Alter von 14-15 Jahren. Beide Schulgruppen bestanden aus mehr männlichen (FS 62,1%, RS 55,5%) als weiblichen (FS 37,9%, RS 44,5%) Schülern.

7.2.2 Gliederung der Stichprobe

Die Probanden wurden anhand ihrer Schulzugehörigkeit in zwei Gruppen unterteilt:

1. Förderschüler der Schulen am Schwanenteich und Danziger Straße
2. Regelschüler der Schulen Turkuer Straße und der Hundertwasser Schule

Der Schultyp dient in der vorliegenden Analyse als Schätzwert für die Intelligenz. Die Aufnahme eines Schülers in die Förderschule erfolgt aufgrund bestimmter Kriterien nach ausführlicher Diagnostik zur Klärung des Förderbedarfs, der Leistungsfähigkeit und Bestimmung der Intelligenzminderung.

Diese sonderpädagogische Diagnostik beinhaltet:

- internistisch-neurologische Untersuchung
- die Exploration der Eltern hinsichtlich des Entwicklungsstandes ihres Kindes
- Prüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Denken, Wahrnehmung, Gedächtnis)
- Prüfung der Motorik, Sprache, Lernfähigkeit, Sprachverständnis
- Prüfung der Konzentrationsfähigkeit
- Arbeitsproben in den verschiedenen Fächern
- Exploration der sozialen Anpassungsfähigkeit
- Intelligenztests z.B. Hamburger Wechsler Intelligenztest für Kinder (HAWIK) oder Culture Fair Intelligence Test (CFT)

Eltern und Schule stellen gemeinsam einen Antrag auf Förderung eines Kindes. Vom Schulamt wird dieser an die entsprechende Förderschule weitergeleitet, an welcher dann die oben beschriebene Diagnostik durch sonderpädagogisches und ärztliches Fachpersonal durchgeführt wird. Diese endet mit einem sonderpädagogischen Gutachten, in dem die Ergebnisse der Untersuchung festgehalten, die Intelligenzbeeinträchtigung sowie der Förderbedarf beschrieben und eine Beschulungsempfehlung abgegeben wird.

Wird bei einem Kind eine Intelligenzminderung festgestellt, die dieses Kind an der erfolgreichen Teilnahme des Unterrichts an einer Regelschule hindert, wird diesem eine Aufnahme in die Förderschule empfohlen. Die Entscheidung für

eine sonderpädagogische Beschulung obliegt dann den Erziehungsberechtigten.

Zur Charakterisierung der Intelligenzminderung der Förderschüler erfolgte die Auswertung einer Stichprobe von 70 der Sonderpädagogischen Gutachten von Schülern beider Förderschulen. Diese Analyse gibt detailliert Auskunft über die beeinträchtigten Fähigkeiten der Förderschüler. Aufgrund des beschriebenen und für alle Förderschüler entsprechend angewandten Verfahrens zur Aufnahme in die Förderschule wurden nicht alle sondern repräsentativ per Zufall ausgewählte Gutachten analysiert.

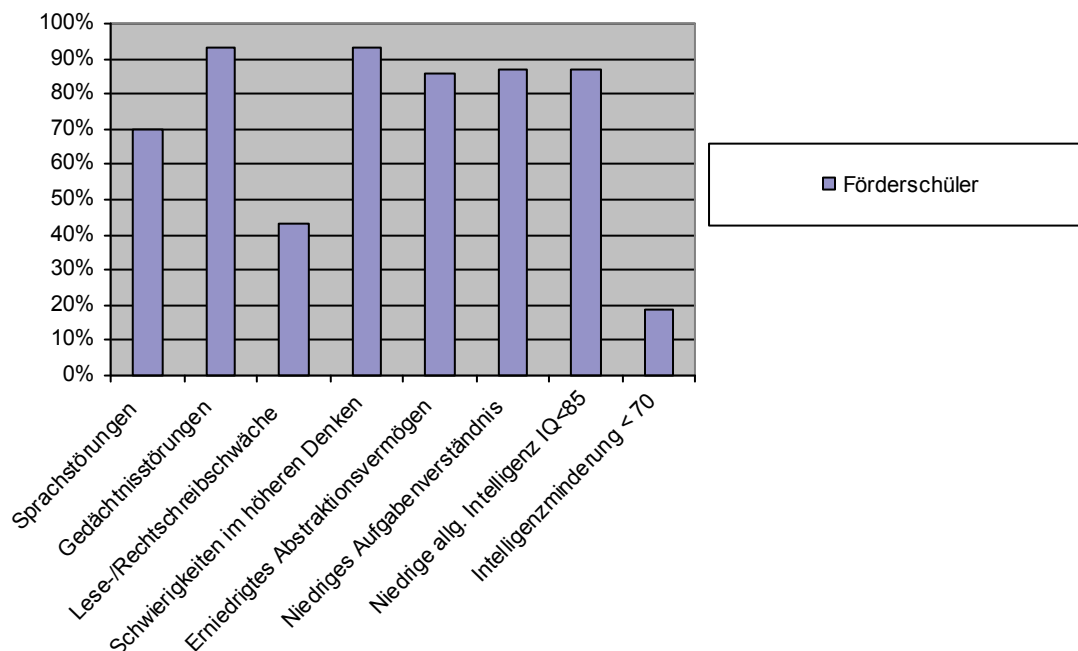


Abbildung 2: Übersicht über Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit bei Förderschülern (nach Gutachtenauswertung, n=70)

Die Auswertung der sonderpädagogischen Gutachten verdeutlicht, dass bei 70% der Schüler Sprachstörungen sowie bei über 90% Gedächtnisstörungen vorliegen. Bei fast der Hälfte der Schüler besteht außerdem eine Lese-Rechtschreibstörung. Darüber hinaus wird durch das Sonderpädagogische Gutachten bei mehr als vier Fünftel der Förderschüler ein erniedrigtes Abstraktionsvermögen sowie ein niedriges Aufgabenverständnis beschrieben. Eine niedrige allgemeine Intelligenz kann bei 88,6%, eine Intelligenzminderung mit einem IQ < 70 bei 18,6% durch das Sonderpädagogische Gutachten festgestellt werden.

Bei 27 von 70 Schülern wird die Intelligenzeinstufung durch den Hamburger Wechsler Intelligenztest oder den Kognitive Fähigkeiten Test (KFT) belegt. 85% der getesteten Schüler lagen mit ihrem Ergebnis unter dem Durchschnitt. Bei weiteren 17 von 20 Schülern (85%) durchgeführten Culture Fair Intelligence Tests zeigen die Ergebnisse eine unterdurchschnittliche Intelligenz, bei 15% eine Intelligenz im unteren Durchschnittsbereich.

Diese Befunde zeigen, dass es sich bei den Förderschülern um Schüler mit multiplen Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten handelt. Die sonderpädagogische Beschulungsindikation und die Minderung der allgemeinen und speziellen (Sprachstörung, unterdurchschnittliche Ergebnisse in Intelligenztests etc.) intellektuellen Leistungsfähigkeit charakterisieren die Untergruppe der Förderschüler. Alle Förderschüler waren in der Lage den Fragebogen zu lesen und zu verstehen.

Dieser wird eine Kontrollgruppe von Regelschülern ohne Intelligenzminderung gegenüber gestellt: Einschlusskriterium für Schüler in die Kontrollgruppe der Schüler ohne Intelligenzminderung war die bisherige Teilnahme am Gesamtschulunterricht der jeweiligen Regelschule bis zum Befragungszeitpunkt.

7.2.3 Analyse

Es standen 354 Förderschüler für die statistische Auswertung zur Verfügung. Im Einzelnen waren dies 220 Jungen, sowie 134 Mädchen im Alter von 11-17 Jahren. Darüber hinaus wurden die Daten von 517 Regelschülern, davon 287 männliche und 230 weibliche RS im Alter von 12 -17 Jahren ausgewertet.

Um die unabhängige Variable der Intelligenzminderung (hier repräsentiert durch die Förderschülergruppe) und deren Einfluss auf das Alkoholkonsumverhalten der Schüler unabhängig von anderen sozialen Einfluss- und Umgebungsfaktoren wie elterlichem Alkoholkonsum, Familienverhältnisse oder elterlicher Arbeitssituation beurteilen zu können, wurde initial bei der RS-Stichprobe ein Oversampling durchgeführt. Aufgrund der hohen Regelschüleranzahl bestand die Möglichkeit, Förder- und Regelschüler Paare zu bilden und mit einander zu vergleichen (Matched-Pair-Technik). Die Matched-Pair Datei besteht aus 327 Förder- und 327 Regelschülern. Es wurden Paare aus jeweils einem Förder- und einem Regelschüler gebildet, die in

möglichst vielen soziodemographischen Variablen übereinstimmen (Tabelle S.54). Um die Stichproben der FS und RS aneinander anzugleichen, wurden 10 wichtige soziodemographische Variablen aus der Gesamtstichprobe zur Bildung einer Matched-Pair Datei herausgefiltert. Die Variablen Schultyp, Geschlecht und Alter wurden unverändert aus der Originalstichprobe übernommen. Darüber hinaus wurden mehrere zusammenfassende Variablen zur übersichtlicheren Beschreibung der soziodemographischen Verhältnisse gebildet. Dieses sind die Variablen Wohnsituation (mit Mutter oder Vater zusammen lebend), Arbeit der Eltern (mindestens ein Elternteil hat Arbeit), Raucherstatus des Befragten, Befragter ist starker Raucher (Konsum von >10 Zigaretten pro Tag), ein Elternteil ist Raucher, viele Freunde sind Raucher, ein Elternteil trinkt regelmäßig (d.h. trinkt mindestens zweimal pro Woche oder ist mindestens einmal pro Monat betrunken). Anhand dieser Matched-Pair Datei wird der Einfluss der Intelligenz auf das Alkoholkonsumverhalten der FS und RS verdeutlicht. Um die abhängige Variable Alkoholkonsum unabhängig von den familiären und psychosozialen Einflüssen darzustellen, wurden annähernd homogene Paare gebildet. Die Datengrundlage ließ nicht bei jeder Variable zu, die gewünschte Homogenität herzustellen: Signifikant weniger Eltern von FS als von RS haben Arbeit und deutlich mehr Eltern von Förder- als von Regelschülern rauchen. Repräsentativ für die konsumbezogene Normenbildung wurden die Variablen *Raucher*, *starker Raucher* sowie *viele Freunde rauchen* gewählt. Die Schüler wurden einander so zugeordnet, dass bezüglich dieser Faktoren möglichst keine Unterschiede bestehen und somit der gegebenenfalls ungünstige Einfluss der Peer Group ^{40,117} hinsichtlich des Konsumverhaltens minimiert werden konnte. Ferner gilt Tabakkonsum als eine den Alkoholkonsum fördernde Variable ^{78,80}, so dass hinsichtlich des Zigarettenkonsums unter den gebildeten Paaren ebenfalls Homogenität angestrebt wurde.

Untersuchungen haben gezeigt, dass ein Familienangehöriger einer alkoholkranken Person ein deutlich höheres Risiko hat, selbst eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln als eine Person aus einer unbelasteten Familie ^{30,61}. Der genetisch-familiäre Hintergrund der Schüler wurde in der Matched-Pair Datei durch die Variable *mindestens ein Elternteil trinkt* berücksichtigt und angeglichen. Die Variable *wohnt mit mindestens einem Elternteil* zusammen repräsentiert den Einfluss der Familienstruktur und

Funktion auf den Alkoholkonsum der Schüler. Familiäre Faktoren wie Familienstruktur und -dynamik können Risikofaktoren für Alkoholmissbrauch darstellen^{33,118}.

Durch die Bildung der Matched-Pair Datei wurde der Einfluss der sozialen, genetischen und familiären Risikofaktoren auf das Alkoholkonsumverhalten sowie die Entwicklung eines riskanten Konsums bis hin zur Alkoholabhängigkeit minimiert. Erst durch dieses Verfahren wurde es möglich, den Einfluss der Intelligenz auf das Trinkverhalten (abhängige Variable) zu beurteilen.

7.3 Methodik

7.3.1 Fragebogen

Im Voraus wurde unter Leitung von Prof. Dr. med. habil. Häßler (Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock) ein strukturierter Fragebogen entwickelt. Die Fragen des Schülerfragebogens sind überwiegend Multiple Choice Fragen mit Einfach- oder Mehrfachantworten. Sie wurden von den Schülern in den Klassenlehrerstunden schriftlich, anonym und freiwillig ausgefüllt.

Mittels dieses Schülerfragebogens wurden soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht, Klasse, Arbeitssituation der Eltern und Wohnsituation erhoben. Darüber hinaus wurden die Schüler zu ihrem quantitativen und qualitativen Alkohol-, Zigaretten und Drogenkonsum, der Alkoholfamilienanamnese, Wirkerwartungen und Folgen ihres Alkoholkonsums befragt.

Insgesamt wurden im Schülerfragebogen 84 Items erarbeitet. Hiervon zielen 51 direkt auf den Alkoholkonsum und das Trinkverhalten, sowie die Alkoholfamiliengeschichte ab. Die anderen Punkte dienten der Eruiierung der soziodemographischen Daten, des Zigarettenkonsumverhaltens sowie des nicht alkoholischen Drogenkonsumverhaltens (z.B. Haschischkonsum).

Der Fragebogen ist im Anhang der Arbeit beigefügt.

7.3.2 Datenanalyse

Die Informationserhebung erfolgte mittels des oben beschriebenen Fragebogens, welcher im Anhang der Arbeit hinzugefügt ist.

Erfasst wurden 14 Items zu den Themen Allgemeines, Familiensituation, schulische Laufbahn und Arbeit der Eltern. Es folgen 8 Items bezüglich des Zigarettenkonsums, 51 Items bezüglich des Alkoholkonsums, des Trinkverhalten und des Alkoholkonsums in der Familie, ergänzt durch 13 Items zum Konsum illegaler Drogen (Haschisch, Marihuana, Ecstasy, LSD).

Zu jedem Probanden wurden insgesamt 84 Items erhoben, die in numerisch verschlüsselter Form in das statistische Datenverarbeitungssystem SPSS (Statistik- Programm- System für Sozialwissenschaften) eingegeben wurden, welches zur Analyse verwendet wurde.

Zur Prüfung des Zusammenhangs kategorialer Variablen wurde der Chi-Quadrat Test nach Pearson verwendet. Zur Überprüfung von Mittelwerten bezüglich signifikanter Unterschiede ($p < 0,05$) kam der T-Test für unabhängige Stichproben zum Einsatz. Zur Berechnung von Varianzen wurde die univariate Varianzanalyse angewendet.

Die Graphen und Modelle wurden mit Power Point, die Tabellen mit Microsoft Word erstellt. Die Textverarbeitung erfolgte mit dem Programm Microsoft Word für Windows XP.

8 Ergebnisse

8.1 Stichprobenbeschreibung

Die Tabelle zeigt soziodemographische Daten und Familienmerkmale der Förder- und Regelschüler.

Tabelle 1: Allgemeine soziodemographische Daten

	Förderschüler	Regelschüler	Chi-Quadrat (χ^2)	df	Signifikanz ($p < 0,05$)
Anzahl	354	517			
Geschlecht	m 62,1 % w 37,9 %	m 55,5 % w 44,5 %	3,802	1	< 0,05
Alter	14,07 (1,473)	15,02 (1,203)	105,625	8	< 0,05
11-14 Jahre	59,9 %	34,5 %			
15-16 Jahre	36,7 %	56,2 %			
≥ 17 Jahre	3,4 %	9,3 %			
Klasse	7,73 (1,286)	8,71 (0,988)	181,636	5	< 0,05
Eltern leben zusammen	35,1 %	64,9 %	7,055	1	< 0,05
Wohnsituation					
- Mutter/Pflege-/Stiefmutter	95,4 %	96,2 %			
- ohne Mutter	4,6 %	3,8 %	10,52	3	0,015
Wohnsituation					
- Vater/Pflege-/Stiefvater	67,1 %	73,2 %			
- ohne Vater	32,9 %	26,8 %	13,63	3	< 0,05
Arbeitssituation d. Eltern					
- Mutter hat Arbeit	49,4 %	71,7 %			
- Mutter hat keine Arbeit	50,6 %	28,3 %	42,8	1	< 0,05
- Vater hat Arbeit	54,1 %	78,7 %			
- Vater hat keine Arbeit	45,6 %	21,3 %	51,99	2	< 0,05
Anzahl der in der Familie lebenden Kinder	2,55 (1,420)	2,03 (1,179)	47,238	8	< 0,05
Klasse wiederholt	30,5 %	28,8 %	0,542	1	0,462

Die Förderschülerstichprobe bestehend aus insgesamt 354 Schülern setzt sich aus 62,1% Jungen und 37,9% Mädchen zusammen. Es zeigt sich, dass die Stichprobe der Förderschüler (FS) etwa 25% mehr männliche als weibliche Schüler umfasst. Im Vergleich dazu liegt der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Schülern bei den Regelschülern (RS) nur bei 11%. Die befragten Förderschüler sind durchschnittlich 14,07 Jahre alt und besuchen die 7. Klasse. Die Regelschüler sind 15,02 Jahre alt und besuchen die 8. Klasse. Die Förderschülergruppe enthält im Gegensatz zur Gruppe der Regelschüler Schüler im Alter von 11 Jahren. Dieser Unterschied kann in der Auswertung außer Acht gelassen werden, da sowohl die 11 jährigen zu 100% und die 12

jährigen FS zu 96% der abstinenten oder selten trinkenden Gruppe zuzuordnen sind als auch die 12 jährigen RS zu 100%.

Signifikante Unterschiede zwischen FS und RS zeigen sich in der Familien-, Wohn- und Arbeitssituation der Eltern: 35,1% der Eltern der FS leben zusammen, bei den RS sind es mit 64,9% etwa ein Drittel mehr. Über 90% der FS leben mit ihrer Mutter, nur etwa zwei Drittel mit ihrem Vater zusammen. Auffällig ist, dass 76,0% der FS, im Gegensatz dazu aber nur 73,3% der RS mit ihrem leiblichem / Pflege- oder Stiefvater zusammen leben. Durchschnittlich leben in den Förderschülerfamilien 2,55 Kinder (RS 2,03, $p < 0,05$).

Nur 49,4% der FS- Mütter und 54,1% der FS-Väter haben Arbeit. Das bedeutet, die Hälfte der Mütter sowie 45,6% der Väter der Förderschüler sind arbeitslos. Im Vergleich dazu arbeiten 71,7% der Mütter und 78,7% der Väter der RS.

8.2 Alkohol- und Tabakkonsumverhalten in der Familie

Unterschiede im Alkohol- und Tabakkonsum in den Familien der FS und RS beschreiben die folgenden Tabellen.

Tabelle 2: Alkoholkonsumverhalten in der Familie

	Förderschüler	Regelschüler	Chi-Quadrat (χ^2)	df	Signifikanz ($p \leq 0,05$)
Mutter trinkt täglich	5,8 %	3,8 %	1,640	1	0,200
Mutter trinkt > 2x / Woche	10,6 %	13,4 %	1,398	1	0,237
Mutter ist 1 / Woche betrunken	2,9 %	2,8 %	0,016	1	0,900
Mutter ist 1 / Monat betrunken	11,2 %	10,2 %	0,198	1	0,664
Vater trinkt täglich	25,9 %	15,1 %	13,179	1	< 0,05
Vater trinkt > 2x / Woche	27,1 %	33,6 %	3,415	1	0,065
Vater ist 1x / Woche betrunken	17,2 %	8,8 %	11,525	1	< 0,05
Vater ist 1x / Monat betrunken	21,7 %	19,7 %	0,434	1	0,510
Mutter wird aggressiv, wenn getrunken	8,1 %	5,4 %	2,100	1	0,147
Vater wird aggressiv, wenn getrunken	13,9 %	12,8 %	0,160	1	0,689
Immer Alkohol, wenn Besuch da	20,9 %	29,4 %	7,261	1	< 0,05

Signifikante Unterschiede im Alkoholkonsummuster der Familien der FS und RS zeigen sich insbesondere im täglichen Alkoholkonsum des Vaters (25,9% FS Väter vs. 15,1% RS Väter) und einem mindestens einmal pro Woche betrunkenen Vater von 17,2% der FS-Väter und 8,8% der RS-Väter. Im Gegensatz dazu trinken 29,4% der RS-Familien aber nur 20,9% der FS-Familien immer Alkohol, wenn Freunde zu Besuch sind.

Tabelle 3: Tabakkonsumverhalten in der Familie

	Förderschüler	Regelschüler	Chi-Quadrat (χ^2)	df	Signifikanz ($p \leq 0,05$)
Raucher					
- ja	43,5 %	40,8 %	0,497	1	0,481
- nein	55,1 %	57,1 %			
Zigaretten pro Tag					
- 0	36,2 %	38,1 %	11,843	4	0,019
- <10	28,5 %	20,7 %			
- 10-20	13,6 %	19,5 %			
- >20	0,8 %	1,4 %			
- keine Angabe	20,9 %	19,9 %			
Jahre, die geraucht wurde	0,1714 (0,542)	1,27 (1,89)	18,837	18	0,402
Mutter					
- raucht	63,3 %	45,6 %	33,746	1	0,05
- raucht nicht	29,9 %	50,7 %			
Vater					
- raucht	63,8 %	51,1 %	24,000	1	0,05
- raucht nicht	23,7 %	40,8 %			
Viele Freunde					
- rauchen	70,6 %	73,5 %	0,643	1	0,423
- rauchen nicht	26,0 %	23,8 %			

Weniger als die Hälfte der Förder- und Regelschüler rauchen. Im Vergleich des Rauchverhaltens der Eltern der Förder- und Regelschüler zeigen sich signifikante Unterschiede: von 63,3% der FS und 45,6% der RS rauchen die Mütter ($p < 0,05$), von 63,8% der FS und 51,1% der RS die Väter ($p < 0,05$). Darüber hinaus sind über 70% der Freunde der befragten Förderschüler und 73% der Freunde der Regelschüler ebenfalls Raucher.

Hinsichtlich des Zusammenhanges von Tabak- und Alkoholkonsum konnte dargelegt werden, dass signifikant weniger abstinente Schüler als erwartet rauchen. Des Weiteren konsumieren deutlich mehr als erwartet der häufig volltrunkenen Schüler Tabak (Vgl. Anhang 7 S. xxxviii Tabelle 17). Unterstützt

wird dieser Zusammenhang durch weitere Ergebnisse, die belegen, dass starker Zigarettenkonsum eher unter regelmäßig trinkenden Schülern als unter abstinenten Schülern verbreitet ist (Vgl. Anhang 7 S. xxxviii, Tabelle 18).

8.3 Alkoholkonsum der Förderschüler

Die Beschreibung des Trinkverhaltens der Förderschüler konzentriert sich auf Konsummuster, Wirkerwartungen, Alter des ersten Rausches sowie negative Erfahrungen durch Alkoholkonsum.

8.3.1 Konsummuster

Tabelle 4: Konsum unterschiedlicher Alkoholika

Konsum von...	Männliche FS	Weibliche FS	Chi-Quadrat (χ^2)	df	Signifikanz
Bier	10,4 %	2,7 %	17,18	4	0,002
Sekt oder Wein	1,1 %	3,0 %	17,67	4	0,001
Alkopops (z.B. Smirnoff-Ice)	11,1 %	12,4 %	1,32	4	0,857
Mixgetränke	12,2 %	16 %	5,67	4	0,225
Schnaps oder Whiskey	6,0 %	5,4 %	6,60	4	0,159
Trinkt Alkohol	41,4 %	43,2 %	0,107	1	0,823
Trinkt keinen Alkohol	58,6 %	56,8 %	0,107	1	0,823

Mehr als die Hälfte der weiblichen und männlichen Förderschüler geben keinen Alkoholkonsum an. Alkohol zu konsumieren berichten 41,4% männliche und 43,2% weibliche Förderschüler.

Die am häufigsten konsumierten alkoholischen Getränke sind Alkopops und Mixgetränke (zum Beispiel Wodka- Orange). Auffällig ist der signifikante Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Förderschülern bezüglich des Bierkonsums. Fast viermal mehr männliche als weibliche Förderschüler geben häufigen Bierkonsum an. Dagegen konsumieren knapp dreimal mehr Mädchen als Jungen Wein oder Sekt. Schnaps oder Whiskey werden von 5% der FS getrunken.

Tabelle 5: Wann, wo und in welcher Gesellschaft wird Alkohol konsumiert?

Alkoholkonsum	Männliche FS	Weibliche FS	Chi-Quadrat (χ^2)	df	Signifi- kanz
Morgens	2,7 %	1,6 %	1,659	4	0,798
Zum Essen	4,5 %	3,1 %	1,659	4	0,798
Abends	91,0 %	95,3 %	1,659	4	0,798
Morgens und abends	0,9 %	0 %	1,659	4	0,798
Zu Hause	28,5 %	31,6 %	0,243	1	0,622
In der Disco	26,8 %	45,6 %	7,919	1	0,005
In der Kneipe	18,8 %	12,7 %	1,388	1	0,239
Auf Partys/ Feiern	58,4 %	78,5 %	8,976	1	0,003
Im Urlaub	20,3 %	25,3 %	0,737	1	0,391
Alleine	6,8 %	3,8 %	0,818	1	0,366
Mit Verwandten	35,8 %	39,4 %	3,774	1	0,052
In der Clique	69,5 %	76,9 %	1,356	1	0,244

Bei allen FS überwiegt der abendliche Alkoholkonsum deutlich. Auffällig ist, dass signifikant mehr Mädchen als Jungen berichten auf Partys/Feiern und in der Disco Alkohol zu konsumieren. Dagegen ist der Alkoholkonsum in der Kneipe unter den männlichen FS höher (nicht signifikant) als unter der weiblichen Förderschülerinnen. Mehr als zwei Drittel aller FS trinkt bevorzugt in der Clique.

8.3.2 Wirkerwartung

Wie die vorliegende Befragung ergeben hat, ist der Alkoholkonsum der Förderschüler häufig an eine bestimmte Wirkerwartung geknüpft.

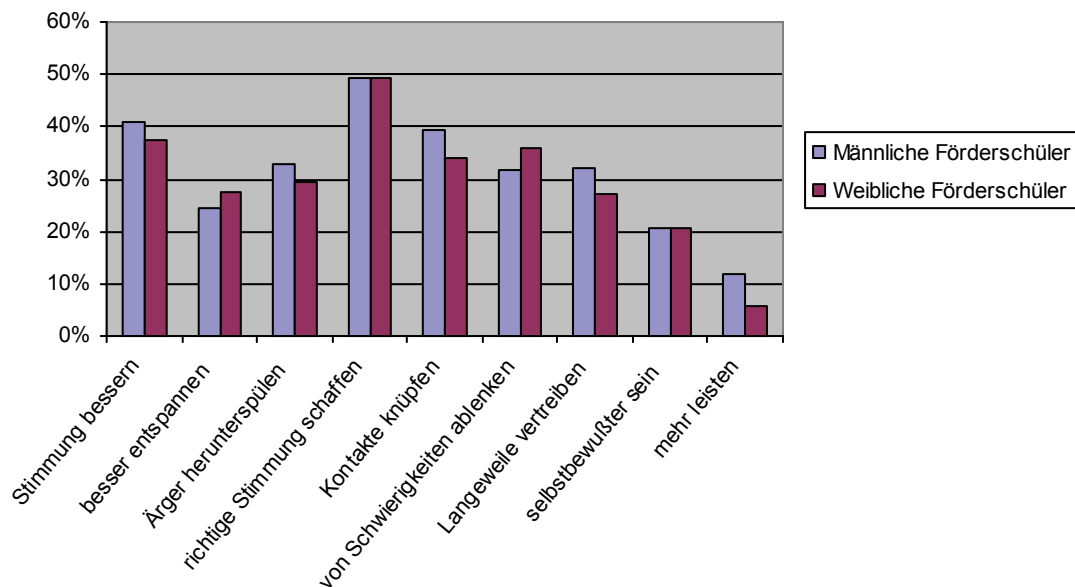


Abbildung 3: Wirkerwartung

Fast die Hälfte aller Förderschüler ist der Ansicht, dass mit Alkohol für die richtige Stimmung gesorgt werden kann. Mehr als 30% fällt es unter Einfluss von Alkohol leichter, mit anderen in Kontakt zu kommen und kann sich von Schwierigkeiten ablenken. 20% haben mehr Selbstvertrauen, wenn sie Alkohol getrunken haben. Signifikante Unterschiede in der Geschlechterverteilung zeigen sich bei keiner der Aussagen ($p > 0,05$).

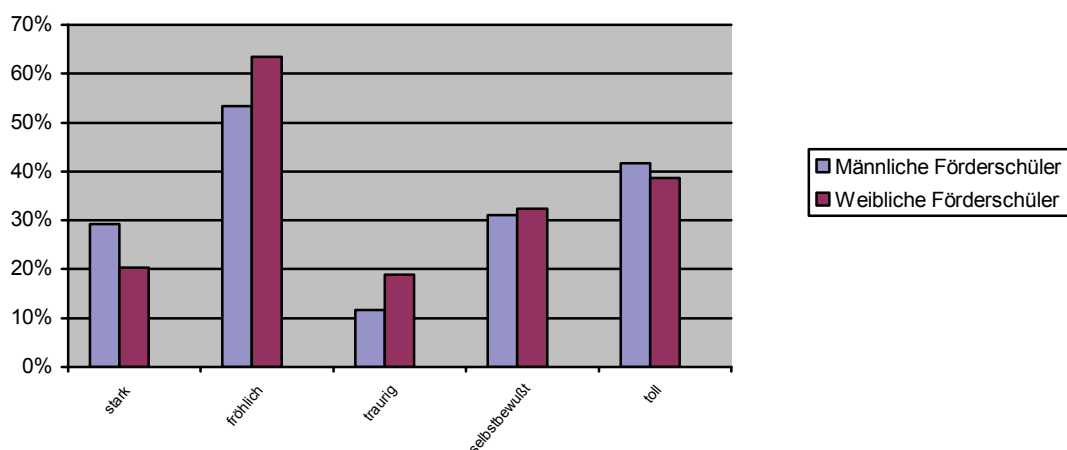


Abbildung 4: Subjektive Alkoholwirkung

Mehr als die Hälfte reagiert fröhlich. Etwas mehr als ein Drittel der Schüler fühlt sich toll. Weniger als ein Fünftel berichtet eine traurige Stimmung nach Alkoholkonsum.

8.3.3 Alter des ersten Rausches und Lebenszeitprävalenz

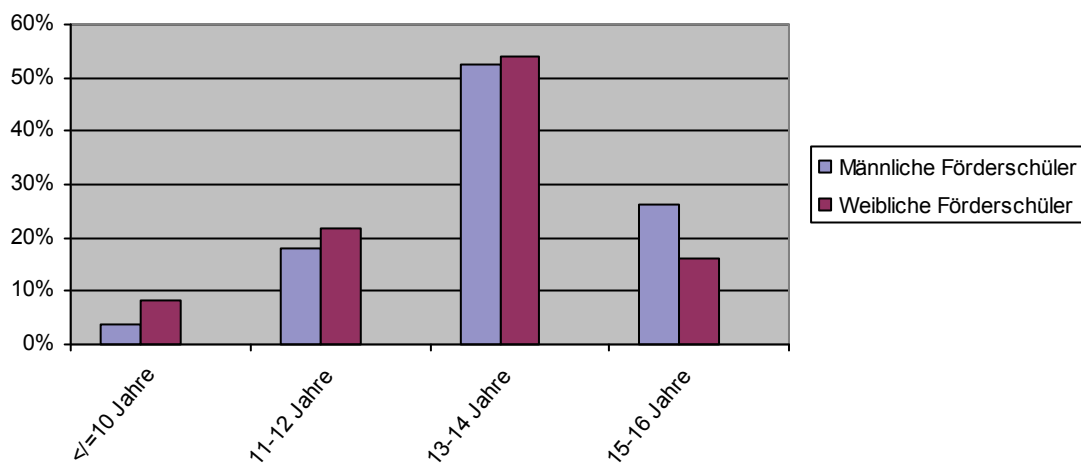


Abbildung 5: Alter des ersten subjektiven Rausches

Über die Hälfte der Förderschüler geben an, dass sie das erste Mal im Alter von 13-14 Jahren volltrunken waren. Signifikante Geschlechtsunterschiede bestehen nicht.

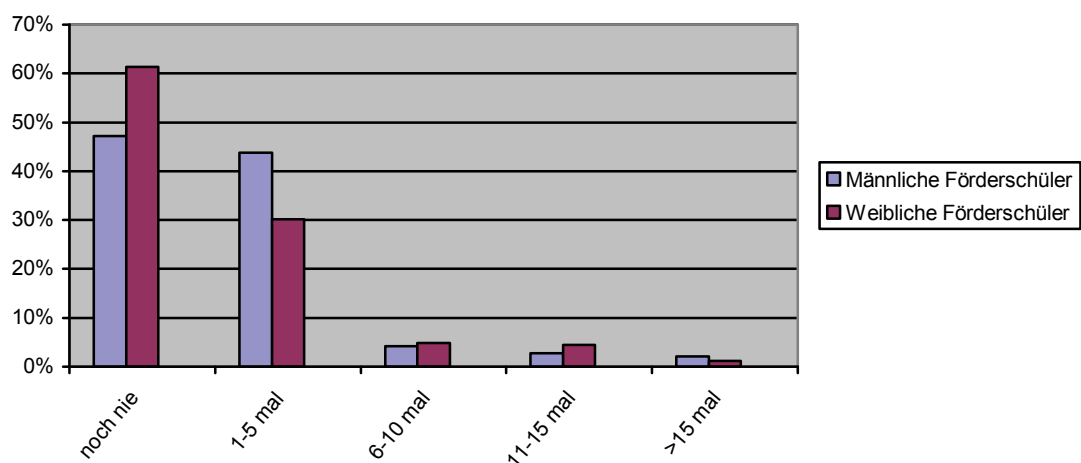


Abbildung 6: Lebenszeitprävalenz des subjektiven Rausches der Förderschüler

Über 60% der weiblichen sowie mehr als 45% der männlichen Förderschüler waren noch nie in ihrem Leben betrunken. Etwa ein Drittel war bereits bis zu fünf Mal betrunken. 8,8% der gesamten Förderschülerstichprobe betrank sich häufiger als fünf Mal.

8.3.4 Negative Erfahrungen durch Alkoholkonsum

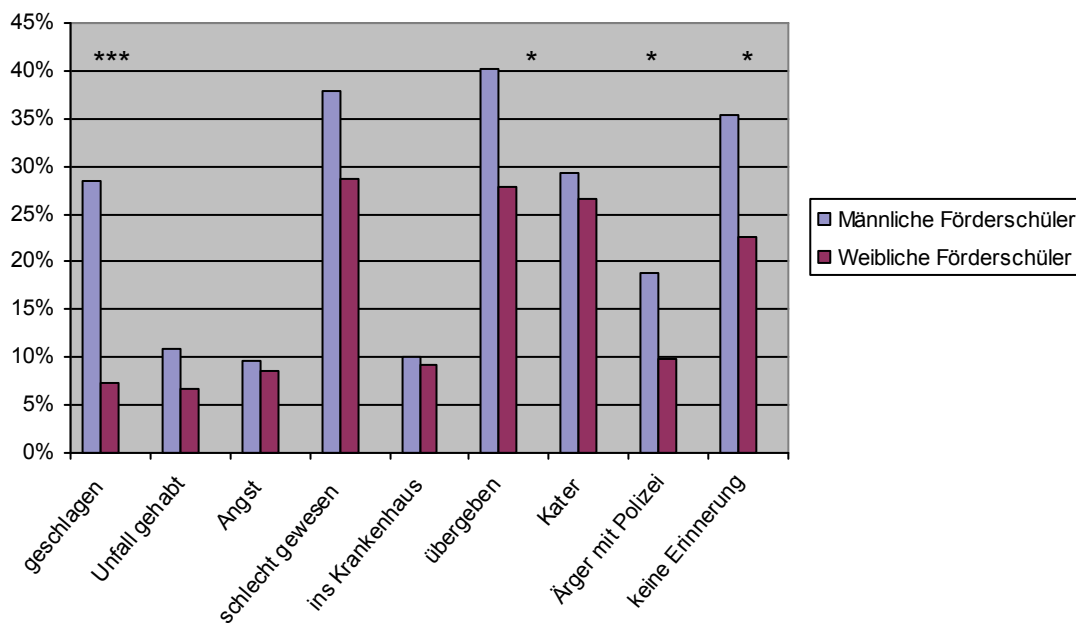


Abbildung 7: Negative Erlebnisse nach Alkoholkonsum

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Die Angaben bezüglich der negativen Konsequenzen der Jungen wichen deutlich von denen der Mädchen ab: häufiger kam es unter Einfluss von Alkohol zur Konfrontation mit der Polizei. Signifikant mehr Jungen als Mädchen ($<0,05$) waren in volltrunkenem Zustand an einer Schlägerei beteiligt. Auffällig ist darüber hinaus, dass mehr als ein Drittel der männlichen Förderschüler so viel Alkohol trank bis sie sich übergeben mussten. Nach einer Nacht oder einem Abend, an dem viel Alkohol konsumiert wurde, fehlten 35% der männlichen sowie mehr als 20% der weiblichen Förderschüler die Erinnerungen an die vorherige Nacht.

8.3.5 Alkoholkonsumverhalten der Rostocker Regelschüler

Die Beschreibung des Trinkverhaltens der Regelschüler der Gesamtstichprobe gibt einen kurzen Überblick über die Zuordnung der RS in Alkoholkonsumgruppen, das Einstiegsalter sowie die subjektiven Rauscherfahrungen.

Tabelle 6: Alkoholkonsumgruppen der Regelschüler

	Regelschüler
Abstinente Schüler	
- emp./erw. Anzahl	82/128,9
- % der Schule	16,3%
Seltene trinkende Schüler (< 1 x / Monat)	
- emp./erw. Anzahl	183/175,4%
- % der Schule	36,4%
2 – 3 x im Monat trinkende Schüler	
- emp./erw. Anzahl	119/103,8
- % der Schule	23,7%
1 x / Woche trinkende Schüler	
- emp./erw. Anzahl	29/19,7
- % der Schule	5,8%
Jedes Wochenende trinkende Schüler	
- emp./erw. Anzahl	86/72,2
- % der Schule	17,1%
Jeden Tag trinkende Schüler	
- emp./erw. Anzahl	4/3
- % der Schule	0,8%

Es wird deutlich, dass mehr RS als erwartet einen regelmäßigen und häufigen Alkoholkonsum zeigen. Im Gegensatz dazu gaben weniger RS als erwartet an, keinen Alkohol zu trinken. Mehr als ein Fünftel der Regelschüler berichtete mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken.

Tabelle 7: Einstiegsalter der Regelschüler

	Regelschüler
≤ 12 Jahre	107 (27,9%)
13-14 Jahre	222 (58%)
15-16 Jahre	54 (14,1%)
≥17	0

Mehr als die Hälfte der Regelschüler der Gesamtstichprobe fing mit 13-14 Jahren an, Alkohol zu trinken. Weniger als ein Drittel gab an, bereits mit 12 Jahren oder jünger das erste Mal Alkohol konsumiert zu haben.

Tabelle 8: Lebenszeitprävalenz des subjektiven Rausches

	Regelschüler
Kein Rauscherlebnis	203 (39,3%)
1-5 mal Vollrausch	176 (34%)
6-10 mal Vollrausch	15 (2,9%)
≥ 11 mal Vollrausch	123 (23,8%)

Bezüglich der Anzahl der Vollrausche, welche die befragten Schüler erlebt haben, gaben knapp zwei Fünftel der Schüler an, noch nie volltrunken gewesen zu sein. Circa ein Drittel habe 1-5 Mal, etwa ein Viertel mehr als 6 Mal ein Rauscherlebnis gehabt.

Tabelle 9: Alter des ersten subjektiven Rausches

	Regelschüler
≤ 12 Jahre	27 (11,4%)
13-14 Jahre	144 (60,8%)
15-16 Jahre	64 (27,0%)
≥ 17	2 (0,8%)

Mehr als die Hälfte der Regelschüler, die bereits einen Vollrausch erlebt haben, taten dies im Alter von 13-14 Jahren. Mehr als ein Viertel war beim ersten Rauscherlebnis bereits 15 oder 16 Jahre alt. Etwa 10% der Regelschüler gaben an, dass sie mit 12 Jahren oder jünger das erste Mal volltrunken waren.

8.4 Alkoholkonsumverhalten der Rostocker Förder- und Regelschüler im Vergleich

8.4.1 Charakteristika der Matched-Pair Datei

Tabelle 10: Homogenität hinsichtlich unabhängiger Variablen, Matched-Pair Datei

	Förderschüler	Regelschüler	Chi-Quadrat (χ^2)	df	Signifi- kanz
Anzahl	329	329			
Geschlecht	m 212 (64,4 %) w 117 (35,6 %)	m 212 (64,4 %) w 117 (35,6 %)			
Alter	Ø 14,27 (1,322)	Ø 14,67 (1,097)	17,714	3	0,001
≤ 12 Jahre	28 (8,5%)	7 (2,1%)			
13-14 Jahre	159 (48,3%)	146 (44,4%)			
15-16 Jahre	130 (39,5%)	166 (50,5%)			
≥ 17 Jahre	12 (3,6%)	10 (3,0%)			
Wohnt nicht mit mindestens einem Elternteil zusammen	7 (2,2 %)	2 (0,6 %)	2,928	1	0,087
Mindestens ein Elternteil hat keine Arbeit	96 (29,7 %)	42 (12,8 %)	27,677	1	0,000
Schüler ist Raucher	149 (45,8 %)	125 (38,5 %)	3,63	1	0,057
Schüler ist starker Raucher (> 10 Zigaretten/ Tag)	50 (19,4 %)	63 (24,1 %)	1,725	1	0,189
Mindestens ein Elternteil ist Raucher	266 (83,1 %)	228 (70,6 %)	15,82	2	0,000
Viele Freunde rauchen	241 (75,3 %)	239 (74,5 %)	0,063	1	0,802
Mindestens ein Elternteil trinkt regelmäßig (> 2 x / Woche oder mind. 1 x / Monat betrunken)	160 (48,6 %)	170 (51,7 %)	2,383	2	0,304

Hinsichtlich des Alters, der Arbeitssituation der Eltern sowie des Raucherstatus der Eltern gelang es trotz Anwendung der Matched-Pair Technik nicht, vollständige Homogenität zu erzielen. Bezüglich des Alters liegen die einander zugeordneten Paare maximal ein Jahr auseinander. In den übrigen Kategorien konnte annähernd Homogenität erreicht werden.

8.4.2 Alkoholkonsumgruppen

Tabelle 11: Abhängigkeit der Alkoholkonsumgruppenzugehörigkeit von der Schulart

	Förderschüler	Regelschüler	Gesamt
Abstinente Schüler			
- emp./erw. Anzahl	116 / 89,9	64 / 90,1	
- % der Schule	36,5%	20,1%	28,3%
Seltene trinkende Schüler (< 1 x / Monat)			
- emp./erw. Anzahl	107 / 117,3	128 / 117,7	
- % der Schule	33,6%	40,1%	36,9%
2 – 3 x im Monat trinkende Schüler			
- emp./erw. Anzahl	55 / 61,9	69 / 62,1	
- % der Schule	17,3%	21,6%	19,5%
1 x / Woche trinkende Schüler			
- emp./erw. Anzahl	4 / 10,0	16 / 10,0	
- % der Schule	1,3%	5,0%	3,1%
Jedes Wochenende trinkende Schüler			
- emp./erw. Anzahl	35 / 38,4	42 / 38,6	
- % der Schule	11,0%	13,2%	12,1%
Jeden Tag trinkende Schüler			
- emp./erw. Anzahl	1 / 0,5	0 / 0,5	
- % der Schule	0,3%	0,0%	0,2%
			Chi- Quadrat nach Pearson: 27,31 Df: 5 Asymptotische Signifikanz (2-seitig): 0,000

Die in der Matched-Pair Datei zusammengefasste Stichprobe der Förder- und Regelschüler lässt sich anhand ihres Alkoholkonsums in folgende Gruppen aufteilen: Abstinente, selten und viel/regelmäßig trinkende Schüler. Ob und wie die abhängige Variable Alkoholkonsum bei bestehender Homogenität der Stichprobe hinsichtlich der beschriebenen demographischen Variablen zwischen Förder- und Regelschülern variiert zeigt die Tabelle. Sie dient somit zur Beurteilung der abhängigen Variable Alkoholkonsum (Abstinenz vs. selten Trinkender vs. viel/regelmäßig Trinkender) von der Intelligenz (FS vs. RS). Mehr als ein Drittel der Förderschüler (36,5%) trinkt keinen Alkohol und kann als abstinent eingestuft werden. Im Vergleich dazu gehören 16,4% weniger RS zu der Gruppe der Abstinenten. Diese Verteilung zeigt eine Abhängigkeit von der Zuordnung Förder- versus Regelschüler. Es besteht ein positiver

Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zur Förderschülergruppe und Abstinenz sowie ein negativer zwischen Regelschülern und abstinentem Trinkverhalten. Unter den regelmäßig Alkohol trinkenden Schülern sind die RS stets mit einem höheren Anteil als die FS vertreten. Der Anteil der weniger als einmal im Monat trinkenden RS im Vergleich zur Gesamtzahl der RS liegt mit 40,1% der RS 6,5% höher als der Anteil der in gleichem Maße Alkohol konsumierenden FS von 33,6% ihrer Gruppe. Unter den zwei bis drei Mal im Monat Alkohol trinkenden Schülern zeigt sich noch ein Unterschied von 4,3% zwischen den Förder- und Regelschülern bezogen auf die jeweilige Schulgruppe. Die Verteilung unter den einmal pro Woche und an jedem Wochenende trinkenden Schülern zeigt, dass die RS auch hier den FS zahlenmäßig überlegen sind: 1,3% der FS und 5,0% der RS trinken einmal pro Woche sowie 11,0% der FS und 13,2% der RS trinken jedes Wochenende Alkohol. Aus der gesamten Stichprobe gab nur ein Förderschüler an, jeden Tag Alkohol zu trinken.

Deutlich weniger FS als erwartet trinken regelmäßig (2-3 x / Monat, 1 x / Woche). Im Gegensatz dazu trinken jedoch mehr RS als erwartet in steten Abständen Alkohol. Diese Verteilung weist auf die Abhängigkeit des Alkoholkonsumverhaltens von der Gruppenzugehörigkeit FS vs. RS hin.

Nach dem Matching ist trotz höherer Risikobelastung der Förderschüler die Trinkhäufigkeit unter den RS signifikant höher als der unter den FS ($p=0,000$).

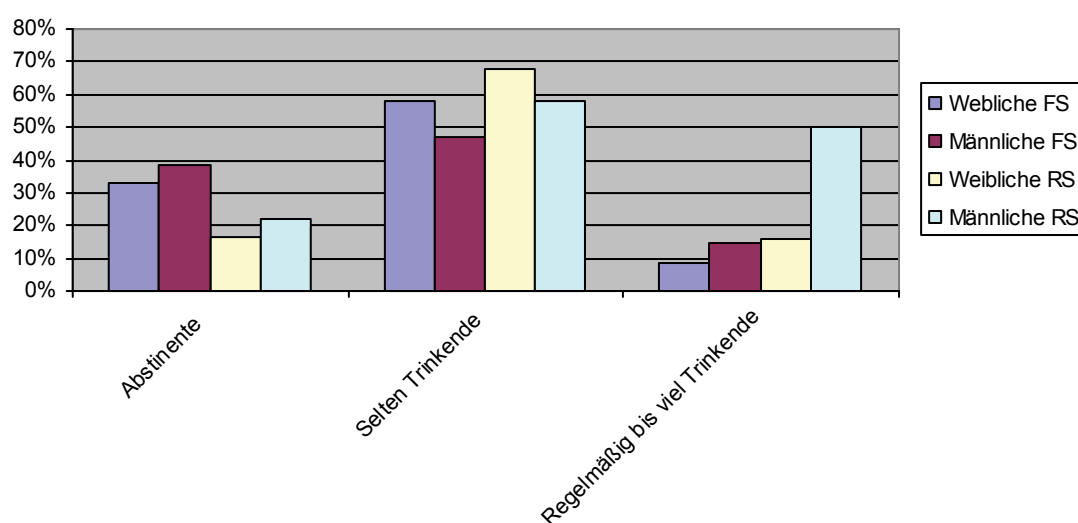


Abbildung 8: Alkoholkonsumgruppen

8.4.3 Konsummuster, Konsumumstände und Einstiegsalter

FS und RS wiesen signifikante Unterschiede in der Häufigkeit des Bierkonsums auf. 8% der FS und 12,8% der RS tranken oft/sehr oft Bier. Auch in den Gruppen manchmal/selten waren mehr Regel- als Förderschüler vertreten. Alle Kategorien zeigen also einen deutlich häufigeren Bierkonsum der RS Gruppe.

Eine ebenfalls signifikant unterschiedliche Verteilung lag bei der Häufigkeit des Wein/Sekt Trinkens vor. 20,2% der RS gaben an manchmal Wein/Sekt zu trinken, im Vergleich waren es nur 10,7% der FS. Mehr FS als RS konsumierten sehr oft/oft Wein/Sekt. Insgesamt tranken weniger FS als erwartet manchmal/selten sowie mehr als erwartet nie Wein/Sekt. Unter den RS ist es umgekehrt: Mehr als erwartet gaben an manchmal/selten Wein/Sekt zu konsumieren, während weniger RS als erwartet nie Wein/Sekt tranken.

Des Weiteren wurden die Schüler zu ihrem Konsum von Alkopops, Mixgetränken und hochprozentigem Alkohol befragt. 12,4% der FS und 12,7% der RS tranken oft/sehr oft Alkopops. Deutlichere Unterschiede zeigten sich unter den manchmal/selten Alkopops Konsumierenden: 36,1% FS und 60% RS. Dementsprechend mehr FS (51,5%) als RS (35,7%) tranken nie Alkopops. Diese Verteilung bestätigt die Abhängigkeit der Konsumpräferenzen von der Schulgruppenzugehörigkeit. Mit 15,7% der insgesamt befragten Schüler war der Mixgetränkekonsum deutlich höher als der Bier- und Wein- oder Sektkonsum. Genauso viele FS wie RS gaben an, sehr oft Mixgetränke zu konsumieren. Zur Gruppe der nie Mixgetränke konsumierenden Schüler zählten 58,0% der FS und 39,0%, also fast 20% weniger RS. Dies waren mehr FS und weniger RS als erwartet. Dieser signifikante Unterschied zeigt, dass ein regelmäßiger Mixgetränkekonsum unter den FS weniger wahrscheinlich als unter den RS war.

Auch in der Häufigkeit des Whiskey-/Schnapskonsums bestanden signifikante Unterschiede in der Verteilung auf die Konsumgruppen zwischen FS und RS. Genauso viele FS wie RS (2,9% der Schülergesamtzahl) zählten zu den sehr oft/oft Whiskey trinkenden Schülern. In den Gruppen der manchmal/selten/nie Whiskey Trinkenden zeigte sich eine mit den vorherigen Ergebnissen der anderen Alkoholika vergleichbare Verteilung von Förder- und Regelschülern.

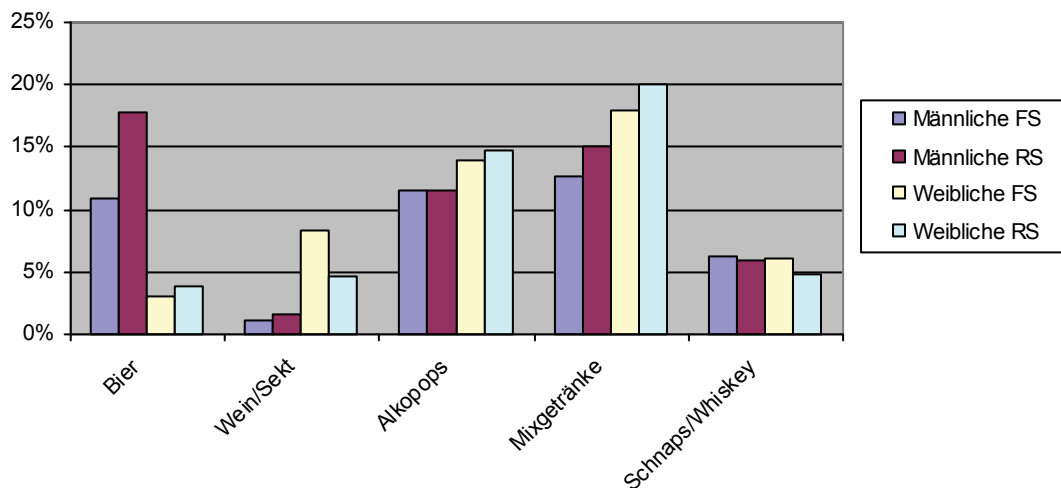


Abbildung 9: Inzidenz des häufigen Konsums alkoholischer Getränke

Bezüglich der alkoholischen Getränkearten, die nach Angaben der Schüler oft /sehr oft konsumiert wurden, lassen sich Unterschiede zwischen den Schulgruppen sowie zwischen den Geschlechtern darstellen. Deutlich weniger Schülerinnen als Schüler beider Schulgruppen gaben einen häufigen Bierkonsum an. Im Vergleich dazu überwog der Anteil der weiblichen gegenüber den männlichen Schülern in der Gruppe der häufig Wein-/Sekt trinkenden Schüler, angeführt von den weiblichen FS. Während ebenfalls mehr weibliche als männliche Schüler angaben oft Mixgetränke und Alkopops zu konsumieren, bestehen nur geringe Unterschiede zwischen den Schulgruppen und Geschlechtern hinsichtlich der oft Schnaps/Whiskey trinkenden Schüler. Zusammenfassend kann gezeigt werden, dass sowohl die Förder- als auch die Regelschüler nicht alle Alkoholika gleichermaßen konsumierten. Insgesamt bevorzugten die Schüler Mixgetränke und Alkopops, hinsichtlich des Gesamtkonsums dominierten die Regelschüler in fast allen Kategorien. Ein deutlich von der Schulgruppenzugehörigkeit abhängiger häufiger Alkoholkonsum konnte nachgewiesen werden.

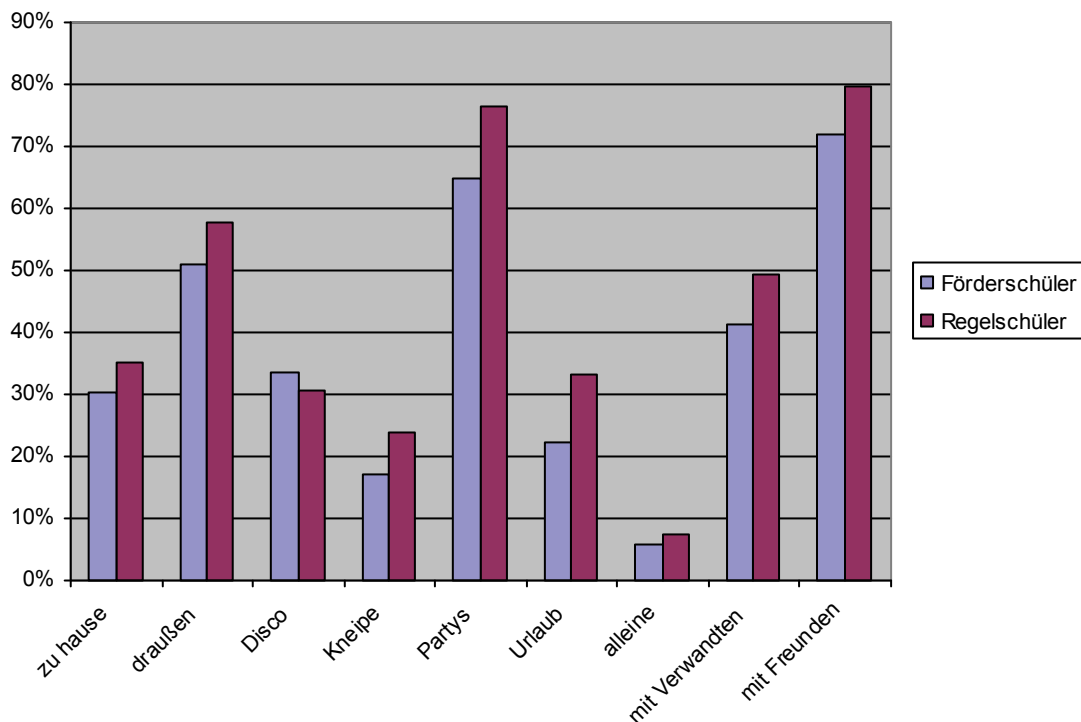


Abbildung 10: Konsumumstände

Geringe Unterschiede zwischen Förder- und Regelschülern zeigten sich im Bezug auf die Situation, die Gesellschaft in der und den Ort an dem Alkohol getrunken wurde. Grundsätzlich wird deutlich, dass mehr als zwei Drittel auf Partys und in Gesellschaft von Freunden, jedoch weniger als 10% alleine Alkohol tranken. Circa 20% weniger Schüler gaben an, zu hause und mit Verwandten Alkohol zu trinken als mit Freunden. Zwischen FS und RS zeigten sich dabei keine signifikanten Unterschiede.

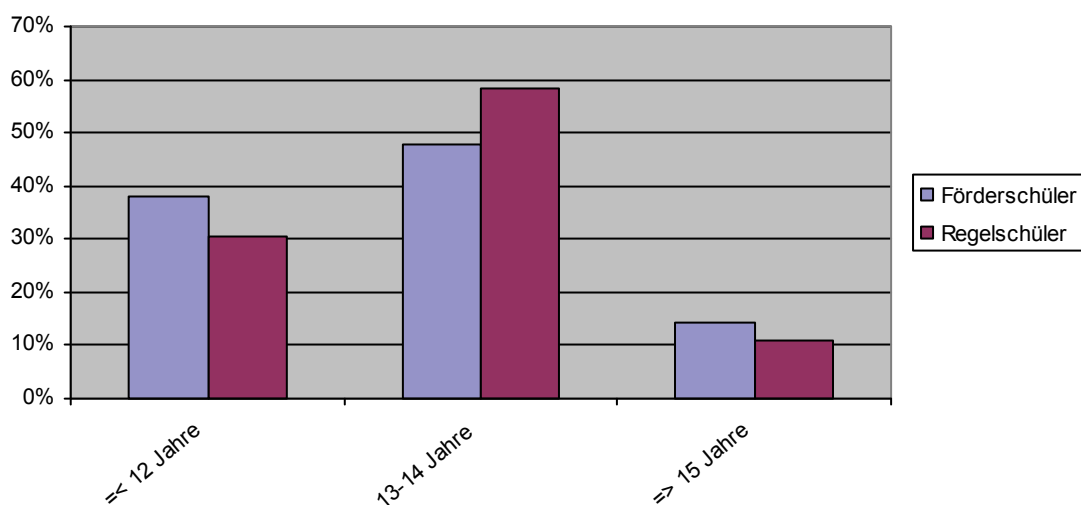


Abbildung 11: Alter, in dem angefangen wurde Alkohol zu trinken

Mehr FS als RS gaben an, bereits im Alter von 12 Jahren oder jünger das erste Mal Alkohol getrunken zu haben (37,9% FS vs. 30,6% RS). Bei den 13 – 14 Jährigen überwog der Anteil der RS (47,9% FS vs. 58,2% RS). Unter den 15 Jahre alten und älteren Schülern waren geringfügig mehr FS als RS zu finden (14,2% FS vs. 11% RS). Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Einstiegsalters bestand nicht (Chi Quadrat 18,016, df 16, $p=0,323$), es zeigte sich jedoch ein Trend hinsichtlich eines jüngeren Einstiegsalters unter den FS. Auch der T-Test für unabhängige Stichproben wies keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Einstiegsalters ($p=0,207$) auf (Vgl. Anhang 6, S. xxxvii, Tabelle 16).

Bezüglich der familiären Einflussfaktoren auf den Beginn des Alkoholkonsums konnte mittels univariater Varianzanalyse gezeigt werden, dass täglicher väterlicher Alkoholkonsum den Trend zum frühen Einstiegsalter verstärkte, jedoch nicht signifikant veränderte. Für häufiges Trunkensein des Vaters konnte dieser Effekt nicht dargestellt werden (Vgl. S. 74, Tabelle 12).

8.4.4 Subjektive Wirkerwartungen

Signifikant mehr (13,6%) RS als FS waren der Meinung, dass sie durch den Konsum alkoholischer Getränke für *die richtige Stimmung sorgen können* ($p=0,001$). Dass sie durch Alkoholkonsum *besser mit anderen in Kontakt* treten können, gaben 15% weniger FS als RS an ($p=0,000$). Ebenfalls signifikant mehr RS als FS (45,7% vs. 32,8%) stimmten der Aussage zu, dass sie mit *alkoholischen Getränken ihren Ärger besser herunterspülen können* ($p=0,001$), dass sie *sich mit alkoholischen Getränken von Schwierigkeiten ablenken* (49,7% vs. 35,4%, $p=0,000$) sowie *Langeweile vertreiben* (42,7% vs. 31,5%, $p=0,004$) können. 7,7% der RS und 10,2% der FS waren der Ansicht, dass sie unter dem Einfluss alkoholischer Getränke *mehr leisten* können ($p=0,276$). Weniger als ein Drittel beider Schülergruppen meinte, dass sie durch den Konsum alkoholischer Getränke *mehr Selbstvertrauen gewinnen* können (RS 28,6% vs. FS 22,1%, $p=0,063$). Dagegen stimmte fast die Hälfte der Schüler (FS 41,2% und RS 48,9%; $p=0,056$) der Aussage zu, dass sie durch Alkoholkonsum *mit dem Freund oder der Freundin für die richtige Stimmung sorgen* können.

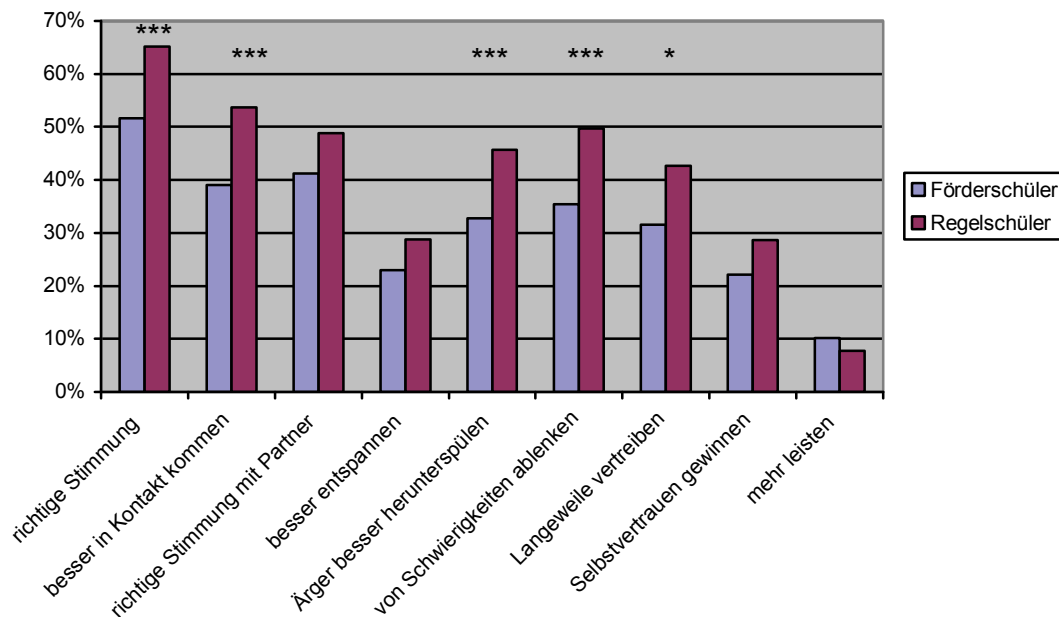


Abbildung 12: Subjektive Wirkerwartung

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Die FS ordneten dem Konsum alkoholischer Getränke seltener eine positive Wirkung als die RS zu. Darüber hinaus fällt auf, dass weniger FS als RS versuchten, mit Alkohol ihren Ärger herunterzuspülen ($p=0,001$), sich von Schwierigkeiten abzulenken ($p=0,000$) und ihre Langeweile zu vertreiben ($p=0,004$).

Kein signifikanter Unterschied zwischen FS und RS ließ sich bei den Variablen *mit Alkohol kann man sich besser entspannen* sowie *mehr leisten* feststellen. Weniger als ein Drittel der Schüler war der Ansicht, dass der Konsum alkoholischer Getränke zur Entspannung beitrage. Die Ergebnisse zeigen, dass knapp ein Drittel der FS sowie etwa die Hälfte der RS den Konsum von Alkohol als Möglichkeit der Verbesserung bestimmter Situationen und Stimmungen sahen und nutzten.

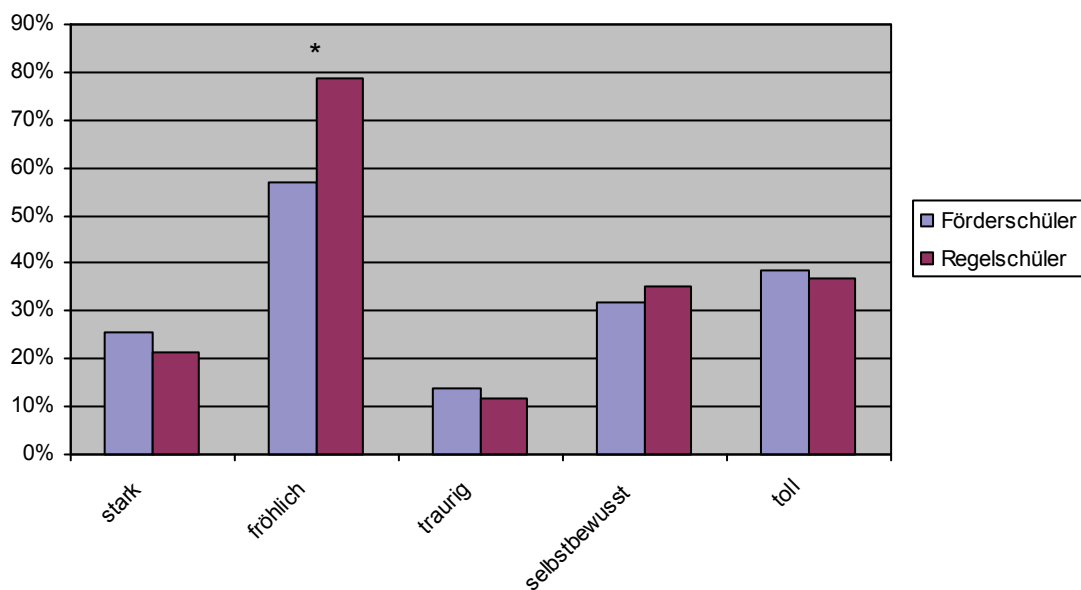


Abbildung 13: Subjektive Alkoholkwirkung

* $p \leq 0,05$

Es wird deutlich, dass signifikant weniger FS als RS fröhlich waren, wenn sie Alkohol getrunken hatten ($p = 0,000$). Selbstbewusst und toll fühlte sich ein Drittel der Förder- und Regelschüler, Traurigkeit empfand nur circa ein Zehntel beider Schülergruppen (kein signifikanter Unterschied).

8.4.5 Probleme und negative Erfahrungen durch Alkoholkonsum

Dass trotz der von den RS mehr als von den FS gewünschten positiven Auswirkungen des Alkoholkonsums auf ihre Gefühle sowie bestimmte Lebenssituationen, negative Nebeneffekte auftraten und durch die Schüler hingenommen wurden, wird im Folgenden Diagramm deutlich.

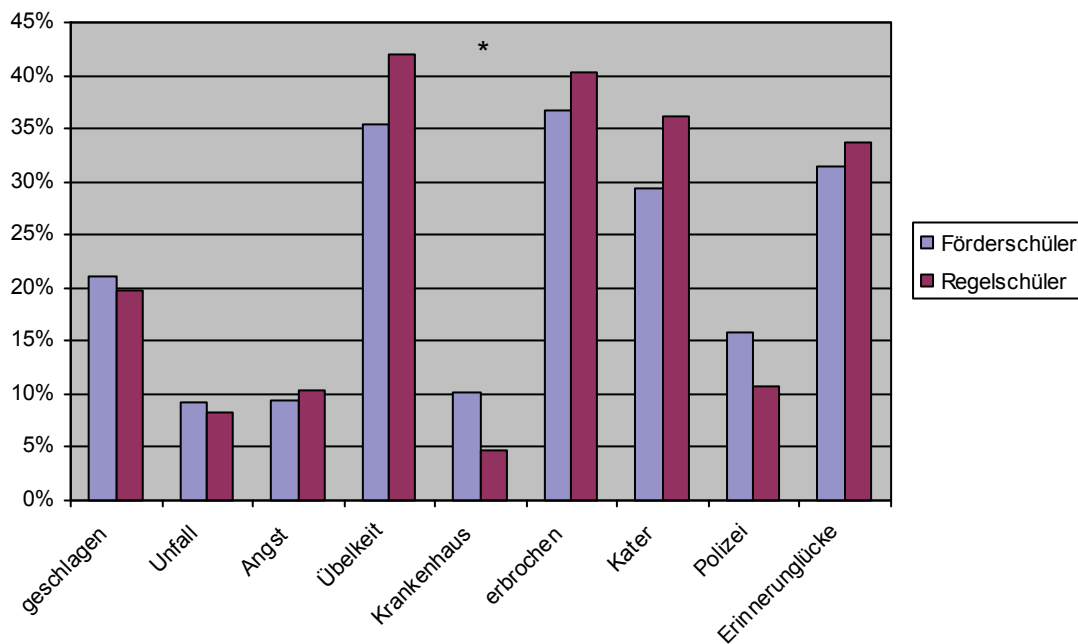


Abbildung 14: Negative subjektive Erfahrungen nach Alkoholkonsum

* $p \leq 0,05$

In den erlebten negativen Folgen des Konsums alkoholischer Getränke bestehen wenig signifikante Unterschiede zwischen Förder- und Regelschülern. Mehr als ein Drittel gab an, *Übelkeit* empfunden, *erbrochen* und einen *Kater gehabt* zu haben sowie sich *nicht mehr an die Ereignisse des voran gegangenen Abends erinnern* zu können. Allerdings ist signifikant, dass doppelt so viele FS wie RS sich in betrunkenem Zustand in einem Krankenhaus vorstellen mussten ($p=0,015$). 15% der FS und 5% weniger RS hatten bereits *Ärger mit der Polizei*. Darüber hinaus gaben weniger als 10% beider Gruppen an, in alkoholisiertem Zustand einen Unfall erlebt zu haben. Auffällig ist, dass schwerwiegendere Folgen wie Schlägerei, Konfrontation mit der Polizei, Krankenhausvorstellung durch Alkoholkonsum bei FS häufiger als bei RS auftraten, obwohl sie weniger regelmäßig ($>2-3$ x/ Monat, FS 29,9% vs. RS 34,9%) Alkohol konsumierten.

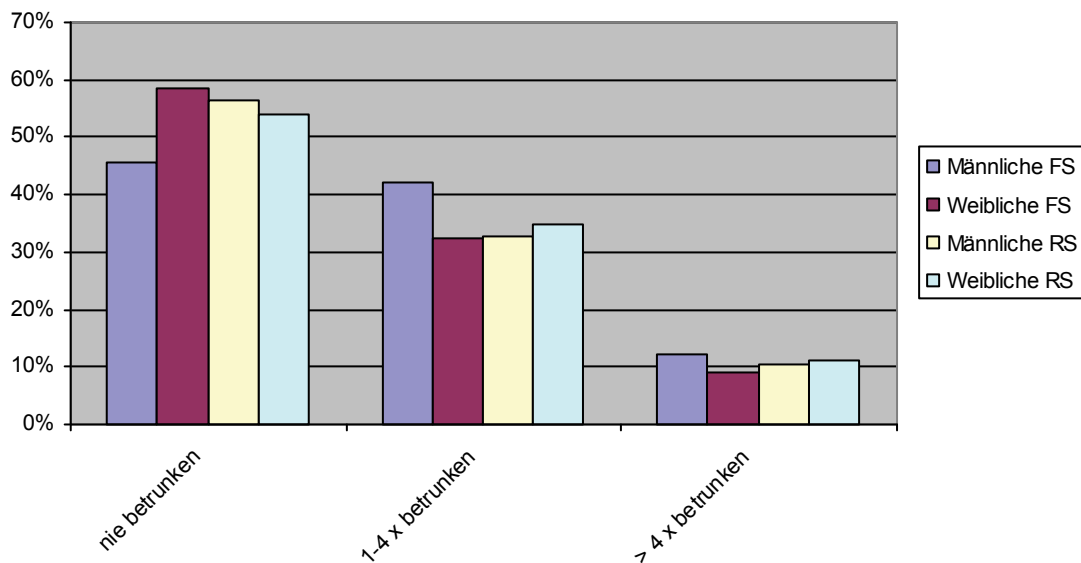


Abbildung 15: Lebenszeitprävalenz des subjektiven Rausches

Etwa die Hälfte der Schüler gab an, noch nie volltrunken gewesen zu sein. Darunter circa 5% weniger FS als RS. Von den insgesamt weniger und seltener Alkohol konsumierenden FS waren proportional mehr Schüler häufiger volltrunken. 27% der Gesamtschülerzahl machten keine Angaben. Am deutlichsten ist der Unterschied zwischen den beiden Gruppen unter denen, die ein bis vier Mal in ihrem Leben volltrunken waren (5% mehr FS als RS). Je Höher die Anzahl der Male, die ein Schüler volltrunken war, desto kleiner wird die Differenz zwischen Förder- und Regelschülern. Häufiger als zehn Mal waren kaum Förder- oder Regelschüler volltrunken. Einen signifikanten Unterschied in der Lebenszeitprävalenz des subjektiven Rausches konnte im T-Test für unabhängige Stichproben nicht gezeigt werden ($p=0,209$) (Vgl. Anhang 6, S. xxxvii, Tabelle 16).

Die Angaben der Schüler bezüglich der vorherigen Fragen zum Alkoholkonsum, der Häufigkeit, den Zielen und Konsequenzen des Alkoholkonsums betrachtend, fällt auf, dass weniger FS als RS häufigen Konsum alkoholischer Getränke angaben, weniger Gründe dafür benannten sowie die Gefühle nach dem Genuss von Alkohol weniger differenziert beschrieben.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Anzahl, die ein Schüler in seinem Leben volltrunken war, sind gering. Am auffälligsten ist der geringe Anteil der männlichen FS in der Gruppe derjenigen, die noch nie volltrunken waren.

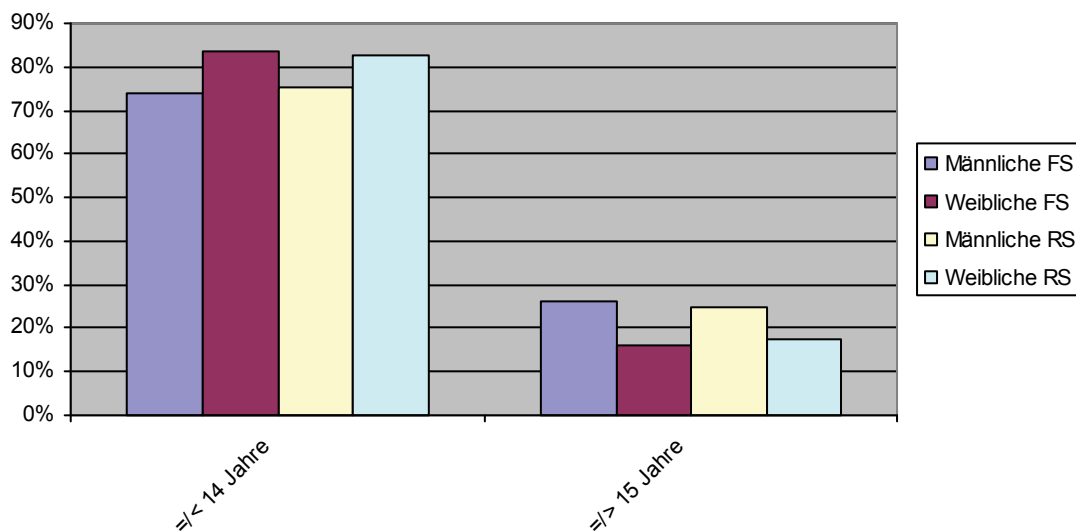


Abbildung 16: Alter des ersten subjektiven Rausches

(n=121 FS + 135 RS, davon ≤ 14 Jahre n= 47 FS + 45 RS, ≥ 15 Jahre n=74 FS + 90 RS)

Die Frage nach dem Alter des ersten erlebten Alkoholrausches beantworteten nur 38,9% der Schüler der Matched-Pair Datei. Dies waren 121 Förderschüler, davon 47 im Alter von 14 Jahren oder jünger sowie 74 FS mit einem Alter von 15 Jahren oder älter. Die Frage wurde ebenfalls von 135 RS beantwortet, die sich aus 45 RS im Alter von 14 Jahren oder jünger und 90 RS im Alter von 15 Jahren oder älter zusammensetzten. Davon gaben 93 FS und 108 RS an, mit 14 Jahren oder jünger sowie 28 FS und 27 RS mit 15 Jahren oder älter das erste Mal volltrunken gewesen zu sein. Kein signifikanter Unterschied ($p=0,406$) zwischen FS und RS bestand im Alter, in dem die Schüler das erste Mal volltrunken waren: Mehr als zwei Drittel der befragten Schüler, die die Frage nach dem Alter des ersten Vollrausches beantworteten, war mit unter 14 Jahren das erste Mal volltrunken. Ein Fünftel gab an, bereits 15 Jahre oder älter gewesen zu sein (bei einem Anteil von ca. 64% ≥ 15 Jährigen).

Ein größerer Teil der weiblichen Schüler beider Schulgruppen berichtete von ersten Rauscherlebnissen bereits in jüngerem Alter. 10% mehr weibliche als männliche Förderschülerinnen waren mit 14 Jahren oder jünger das erste Mal betrunken. Von den RS erlebten 7% mehr Mädchen als Jungen in jüngerem Lebensalter das erste Mal einen Rausch. Es konnte gezeigt werden, dass bezüglich des Alters, in dem die ersten Rauscherfahrungen gemacht wurden, keine Abhängigkeit von der Schulgruppenzugehörigkeit besteht.

Auch der T-Test für unabhängige Stichproben belegte keinen Unterschied bezüglich des Alters, in dem die ersten Rauscherfahrungen gemacht wurden ($p=0,207$) (Vgl. Anhang 6, S. xxxvii, Tabelle 16).

8.4.6 Alkohol in der Familie

Detaillierte Fragen zum Alkoholkonsum der Eltern wurden von durchschnittlich 80% der befragten Schüler beantwortet. Insbesondere wurden die Häufigkeit des familiären Alkoholkonsums sowie die Veränderungen des elterlichen Verhaltens unter Einfluss von Alkohol beleuchtet.

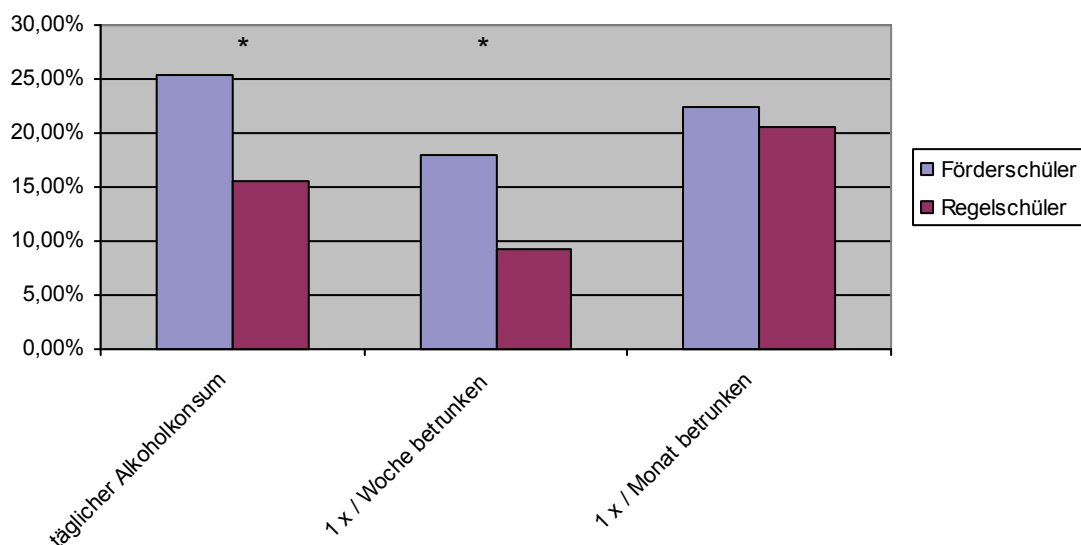


Abbildung 17: Inzidenz des väterlichen Alkoholkonsums

** $p \leq 0,01$

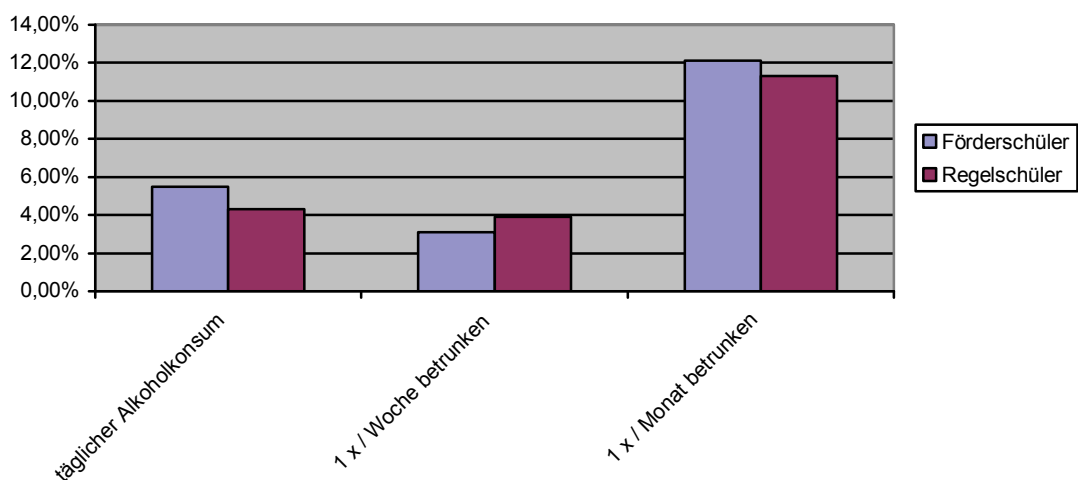


Abbildung 18: Inzidenz des mütterlichen Alkoholkonsums

Sowohl die Väter der FS als auch die der RS tranken häufiger Alkohol als die Mütter der befragten Schüler. Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit des familiären Alkoholkonsums zeigten sich insbesondere hinsichtlich des väterlichen Konsumverhaltens. Ein Viertel der Väter der FS trank täglich Alkohol, damit knapp zehn Prozent mehr als Väter der RS ($p=0,004$). Doppelt so viele FS- wie RS-Väter waren mindestens einmal in der Woche betrunken ($p=0,002$). Hinsichtlich des mütterlichen Alkoholkonsums konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen FS- und RS-Müttern nachweisen werden.

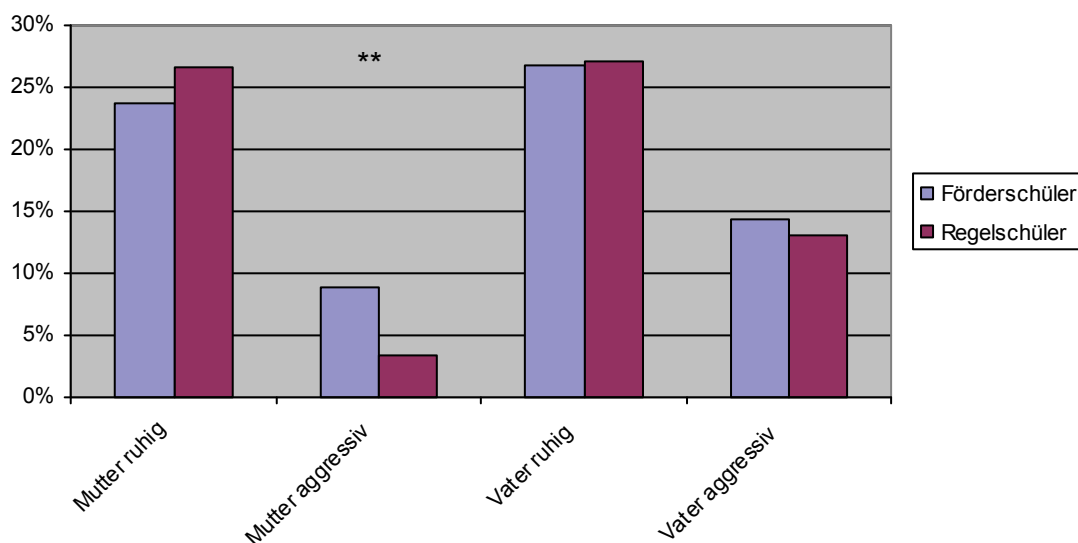


Abbildung 19: Folgen des familiären Alkoholkonsum

** $p \leq 0,01$

Der überwiegende Teil der Eltern der Förder- und Regelschüler wurde unter Einfluss von Alkohol eher ruhig als aggressiv. Knapp 9% der FS-Mütter zeigte jedoch aggressives Verhalten nach Alkoholkonsum. Mit fast 10% der FS-Mütter ($p=0,007$) war dies ein signifikant höherer Anteil als nur 3,4% der RS-Mütter. Circa 5% mehr Väter beider Schülergruppen wurden ebenfalls aggressiv, wenn sie Alkohol getrunken hatten. Ein signifikanter Unterschied zwischen FS- und RS-Vätern bestand weder hinsichtlich des Auftretens von aggressivem noch ruhigem Verhalten.

Mittels Varianzanalyse wurde die Abhängigkeit zweier Charakteristika des Alkoholkonsumverhaltens (Einstiegsalter, Anzahl der Rauscherfahrungen) der Schüler vom väterlichen täglichen Alkoholkonsum (unabhängige

Einflussvariable) überprüft. Diese univariate (einfaktorielle) Varianzanalyse diente der Überprüfung der hinter den Daten stehenden Gesetzmäßigkeiten.

Die durchgeführten Varianzanalysen zeigten, dass täglicher väterlicher Alkoholkonsum in der vorliegenden Stichprobe keine signifikante Auswirkung auf das Einstiegsalter sowie die Anzahl der Rauscherfahrten des Schülers hatte. Das bedeutet, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen täglichem väterlichen Alkoholkonsum und dem Beginn des kindlichen Alkoholkonsums sowie der Anzahl der Rauscherfahrten nachgewiesen werden konnte.

Tabelle 12: Univariate Varianzanalyse: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Alter in dem angefangen wurde, Alkohol zu trinken

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	5,703(a)	3	1,901	0,581	0,628
Konstanter Term	38478,410	1	38478,410	11765,837	0,000
FSRS	2,286	1	2,286	0,699	0,404
FAM115(b)	0,189	1	0,189	0,058	0,810
FSRS * FAM115	0,339	1	0,339	0,104	0,748
Fehler	1141,352	349	3,270		
Gesamt	59292,750	353			
Korrigierte Gesamtvariation	1147,055	352			

a R-Quadrat = 0,005 (korrigiertes R-Quadrat = -0,004)

b FAM115 = Vater trinkt täglich Alkohol

Tabelle 13: Univariate Varianzanalyse: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: Anzahl der Male, die der Befragte schon volltrunken war

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	145,280(a)	3	48,427	1,587	0,191
Konstanter Term	2007,549	1	2007,549	65,801	0,000
FSRS	137,470	1	137,470	4,506	0,034
FAM115(b)	4,340	1	4,340	0,142	0,706
FSRS * FAM115	14,883	1	14,883	0,488	0,485
Fehler	16749,558	549	30,509		
Gesamt	19327,063	553			
Korrigierte Gesamtvariation	16894,838	552			

a R-Quadrat = 0,009 (korrigiertes R-Quadrat = -0,003)

b FAM115 = Vater trinkt täglich Alkohol

8.4.7 Riskanter Alkoholkonsum

In der Literatur wird die Einteilung in riskanten und schädlichen Alkoholkonsum sowie -abhängigkeit insbesondere an Hand der Trinkmenge getroffen. Laut neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen liegt die Grenze für einen risikoarmen Konsum bei 24 g Reinalkohol oder 0,5 bis 0,6 Liter Bier bzw. 0,3 Liter Wein /Sekt pro Tag. Für Frauen gelten niedrigere Grenzwerte von 12 g Reinalkohol oder circa 0,3 Liter Bier bzw. 0,15 Liter Wein/ Sekt pro Tag. Überschreitet eine Person diese Grenze, steigt damit das Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit deutlich an ¹¹⁹. Als riskanter Konsum gilt für Männer eine Reinalkoholmenge von >30-60 g/Tag, für Frauen von 20-40 g/Tag ⁵⁹.

Als subjektiver Indikator für problematischen Alkoholkonsum gilt die Häufigkeit des erlebten Rausches ⁵⁴. Darüber hinaus wurden noch weitere auf einen schädlichen Gebrauch hinweisende Faktoren für die Bildung eines Profils durch riskanten Konsum gefährdeter Jugendlicher miteinbezogen. Berücksichtigt wurden die geschätzte Häufigkeit des Alkoholkonsums, die Anzahl des subjektiv erlebten Rausches (Lebenszeitprävalenz) sowie durch Alkoholkonsum hervorgerufene Beeinträchtigungen des akuten Gesundheitszustandes.

Zur Beschreibung eines **riskanten Alkoholkonsummusters*** wurden in dieser Studie folgende Variablen angewendet:

- Zugehörigkeit zur Gruppe „regelmäßig bis viel Trinker“ (>2-3x/Monat)
- oder der/die Schüler/in war schon ein oder mehrere Male so volltrunken, dass er/sie z. B. den Weg nach hause nicht mehr finden konnte
- oder der/die Schüler/in war so betrunken, dass er/sie sich an die Ereignisse der letzten Nacht nicht mehr erinnern konnte.

*nicht gleichzusetzen mit der ICD 10 Diagnose „riskanter Konsum“

Insgesamt trafen die oben genannten Kriterien auf 139 (47,8%) FS und 152 (52,2%) RS der Matched-Pair Datei zu. Die erste Tabelle zeigt die Verteilung der Schüler auf die unterschiedlichen, den riskanten Alkoholkonsum beschreibenden Variablen. Auf einige Schüler trafen mehrere der für ein riskantes Konsumverhalten stehenden Variablen zu. In der zweiten Tabelle werden soziodemographische Variablen sowie Charakteristika des Alkoholkonsums der Schüler mit riskantem Alkoholkonsum näher beleuchtet.

Mehr als die Hälfte der FS und RS mit riskantem Alkoholkonsum wurde dieser Gruppe zugeordnet, weil sie angaben, so viel getrunken zu haben, dass die *Erinnerung an die Ereignisse der letzten Nacht nicht mehr vorhanden* war. Knapp ein Drittel der FS sowie etwas mehr als ein Drittel der RS mit riskantem Alkoholkonsumverhalten wurde bereits vorher an Hand ihrer Aussagen in die Gruppe *regelmäßig bis viel* Trinker eingestuft. Fast 90% der FS und 80% der RS dieser Stichprobe war bereits mehrere Male so volltrunken, dass der Weg nach Hause nicht mehr gefunden wurde.

Tabelle 14: Kriterien des riskanten Alkoholkonsums

	Förderschüler n=139	Regelschüler n=152	Chi-Quadrat (χ^2)	df	Signifikanz
„regelmäßig bis viel Trinker“	40 (29,6 %)	58 (38,9 %)	2,71	2	0,257
Keine Erinnerung an die Ereignisse der Nacht nach Alkoholkonsum	82 (61,2 %)	93 (63,3 %)	0,128	1	0,720
1-4 x so volltrunken, dass Weg nach hause nicht gefunden	84 (68,3 %)	87 (61,3 %)	2,439	2	0,295
> 4 x so volltrunken, dass Weg nach hause nicht gefunden	24 (19,5 %)	28 (19,7 %)	2,439	2	0,295

84 (60,4%) der FS und 93 (61,2%) dieser RS hatten jeweils ein regelmäßig trinkenden Elternteil (trinkt > 2x/(Woche oder mind. 1x/Monat betrunken). Fast alle FS (98,5%) und RS (99,3%) mit riskantem Alkoholkonsumverhalten wohnten mit beiden Eltern zusammen. Knapp ein Drittel der Eltern der FS Population mit riskantem Alkoholkonsum hatte keine Arbeit (29,2 %) dagegen war nur ein Zehntel der RS- Eltern (10,7%) nicht erwerbstätig ($p=0,000$).

Das Alter, in dem zu trinken angefangen wurde, lag zwischen 10 und 15 Jahren. Die meisten FS und RS dieser Gruppe hatten mit 13 Jahren angefangen Alkohol zu konsumieren. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Einstiegsalters bestand nicht. Das erste Mal volltrunken gewesen war die Hälfte der FS und RS mit riskantem Alkoholkonsum bereits mit 13 Jahren.

Ein Großteil der FS und RS dieser Gruppe gab abendlichen Alkoholkonsum an (92,6% FS, 88,9% RS). Ein FS sowie ein RS tranken auch morgens. Mehr als zwei Drittel (71,4% FS, 73,1% RS) beider Gruppen trank mit Freunden gemeinsam sowie auf Partys Alkohol (73,5% FS vs. 84,0% RS, $p=0,056$).

Signifikant mehr FS (73,2%) als RS (61,8%) der Schüler mit Zeichen eines riskanten Alkoholkonsums waren Raucher ($p=0,040$).

Tabelle 15: Soziodemographische Variablen und Alkoholkonsum Charakteristika der Schüler mit riskantem Alkoholkonsumverhalten

	Förderschüler n=139	Regelschüler n=152	Chi-Quadrat (χ^2)	df	Signifikanz
Mindestens ein Elternteil hat Arbeit	97 (70,8 %)	134 (89,3 %)	15,655	1	0,000
Wohnt mit Mutter oder Vater zusammen	133 (98,5 %)	150 (99,3 %)	0,461	1	0,497
Ein regelmäßiger Trinker in der Familie (>2x/Woche oder 1x/Monat betrunken)	84 (60,4 %)	93 (61,2 %)	5,517	2	0,063
Alter					
12-14 Jahre	57 (41%)	50 (33%)	5,794	5	0,327
15-16 Jahre	76 (54,7%)	97 (63,8%)			
≥ 17 Jahre	6 (4,3%)	5 (3,3%)			
Altern in dem angefangen wurde Alkohol zu trinken					
≤12 Jahre	44 (35,2%)	40 (29,1%)	14,443	12	0,273
13-14 Jahre	64 (51,2%)	84 (61,3 %)			
15-16 Jahre	17 (13,6 %)	13 (9,5 %)			
≥ 17 Jahre	0	0			
Das erste Mal volltrunken mit					
≤12 Jahre	28 (25,7%)	17 (13,9 %)	11,398	9	0,249
13 Jahre	25 (22,9 %)	35 (28,7 %)			
14 Jahre	31 (28,4 %)	46 (37,7 %)			
15 Jahre	17 (15,6 %)	16 (13,1 %)			
16 Jahre	8 (7,3 %)	8 (6,6 %)			
≥17 Jahre	0	0			
Trinken, um für die richtige Stimmung zu sorgen	91 (67,9%)	115 (77,2%)	3,062	1	0,080
Trinken, um besser mit anderen in Kontakt zu kommen	70 (53,0%)	102 (68,5%)	7,015	1	0,008
Trinken, um mit dem Partner/in bessere Stimmung zu haben	73 55,3%	88 (59,1%)	0,404	1	0,525
Trinken, um zu entspannen	46 (35,1%)	57 (38,0%)	1,354	2	0,508
Trinken, um Langeweile zu vertreiben	59 (44,4%)	76 (51,4%)	1,371	1	0,242
Trinken, um Ärger herunter zu spülen	57 (42,9%)	79 (53,4%)	3,105	1	0,078
Trinken, um sich von Schwierigkeiten abzulenken	61 (45,9%)	85 (57,0%)	3,519	1	0,061
Raucher	101 (73,2%)	94 (61,8%)	4,227	1	0,040

Ein Drittel der FS und etwas weniger als ein Drittel der RS mit riskantem Alkoholkonsumverhalten hat mit 12 Jahren oder jünger angefangen, Alkohol zu trinken. Das erste Mal betrunken war ein Viertel der FS mit 12 Jahren oder jünger sowie weniger als ein Fünftel des RS. Signifikant weniger Eltern von FS als von RS hatten Arbeit ($p=0,000$). Signifikante Unterschiede zeigten sich darüber hinaus hinsichtlich des Raucherstatus ($p<0,05$) sowie der Trinkmotivation *trinken, um besser mit anderen in Kontakt zu kommen*, welche von deutlich mehr RS als FS genannt wurde ($p<0,01$).

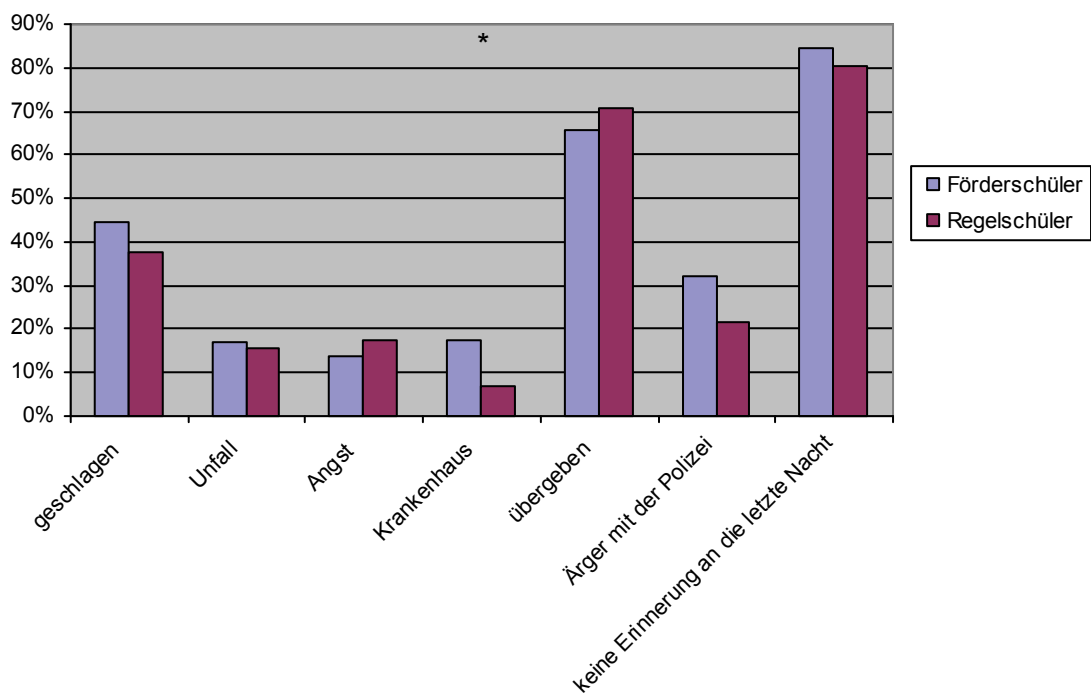


Abbildung 20: Folgen des Alkoholkonsums unter Schülern mit riskantem Alkoholkonsumverhalten

* $p \leq 0,05$

Fast die Hälfte der FS (44,6%) und RS (37,7%) mit riskantem Alkoholkonsum schlug sich in betrunkenem Zustand mit anderen. Mehr als drei Viertel der Schüler beider Schulgruppen gab an, sich nach Alkoholkonsum nicht mehr an die Ereignisse der letzten Nacht erinnern gekonnt zu haben (84,5% FS vs. 80,2% RS). Ein deutlich geringerer Teil von 17,0% FS und 15,8% RS habe in alkoholisiertem Zustand einen Unfall gehabt. Signifikant mehr FS (17,6%) als RS (7,1%) mussten im Zusammenhang mit Alkoholkonsum ein Krankenhaus aufsuchen ($p=0,022$). Ein Drittel der FS (32,2%) und zehn Prozent weniger RS (21,8%) hatten bereits eine Auseinandersetzung mit der Polizei.

Eine Suchtberatungsstelle wurde von weniger als einem Fünftel der Schüler (14,3% FS vs. 5,3% RS) aufgesucht. Dies sind signifikant mehr Förder- als Regelschüler ($p=0,025$).

Haschisch wurde von weniger als der Hälfte der Schüler (36,6% FS und 46,4% RS) eingenommen. Eine ähnliche Verteilung kann hinsichtlich des Marihuana Konsums gezeigt werden (27,0 % FS vs. 33,9 % RS).

Die Entwicklung des Konsumverhaltens und eines exzessiven Alkoholkonsums unterliegt unter anderem den Lerngesetzen. Das bedeutet, ein Verhalten, dass mit einer für die betroffene Person positiven Erfahrung einhergeht, wird verstärkt (Konditionierung). Erwartet und erlebt eine Person den Konsum von Alkohol als Mittel zur Entspannung und mit deutlich positiver Wirkung auf ihr Befinden, nimmt die Wahrscheinlichkeit des erneuten und vermehrten Konsums zu ⁵⁹. Von den Schülern, die der Gruppe der Schüler mit riskantem Alkoholkonsum zugeordnet wurden, waren mehr als zwei Drittel der FS (67,9%) und RS (77,2%) der Meinung, sie könnten mit alkoholischen Getränken *für die richtige Stimmung sorgen*. Mehr als die Hälfte der FS (53,0%) sowie mehr als zwei Drittel der RS (68,5%) stimmten der Aussage zu, dass sie durch Alkoholkonsum *leichter in Kontakt mit anderen kommen* konnten. Mehr als ein Viertel beider Gruppen war der Ansicht, sie könnten sich mit Hilfe von *Alkohol leichter entspannen* (35,1% FS vs. 38,0% RS). Circa die Hälfte der FS (42,9%) und RS (53,4%) der Schüler mit riskantem Konsummuster konnte mit Hilfe alkoholischer Getränke ihren *Ärger herunterspülen*. Fast die Hälfte beider Schülergruppen (45,9% FS vs. 57,0% RS) konnte sich darüber hinaus durch Alkoholkonsum *von Schwierigkeiten ablenken*, geringfügig weniger Schüler (44,4% FS vs. 51,4% RS) *vertrieben* sich mittels Alkohol ihre *Langeweile*. Ein großer Teil von 63,7% FS und 79,7% RS war nach Alkoholkonsum *fröhlich*. Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass die Schüler mit riskantem Konsumverhalten dem Alkoholkonsum mehrheitlich positive Wirkungen und Wirkungserwartungen zuschrieben.

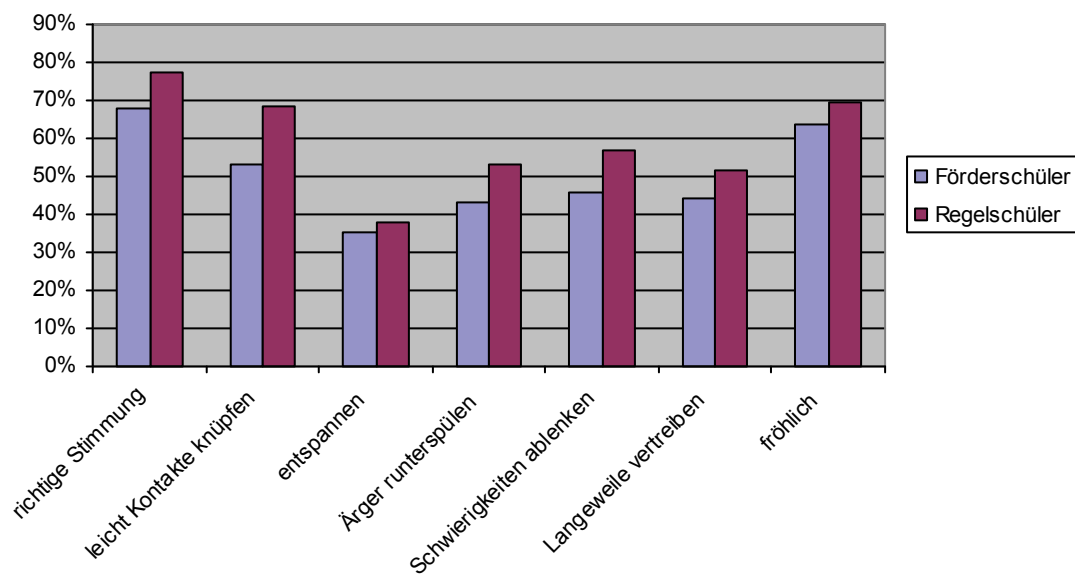


Abbildung 21: Positive Wirkerwartung bei riskantem Alkoholkonsum

Hinsichtlich der positiven Wirkerwartung des Alkohols unter den Schülern mit riskantem Alkoholkonsumverhalten bestehen bis auf das Kriterium „besser in Kontakt zu kommen“ (siehe Tab. 15) keine signifikanten Unterschiede zwischen FS und RS. Nahezu alle positiven Attribute werden von beiden Gruppen gleichermaßen angegeben.

8.5 Riskanter Alkoholkonsum: Vergleich der Ergebnisse der Matched-Pair Datei und der Ursprungsdatei

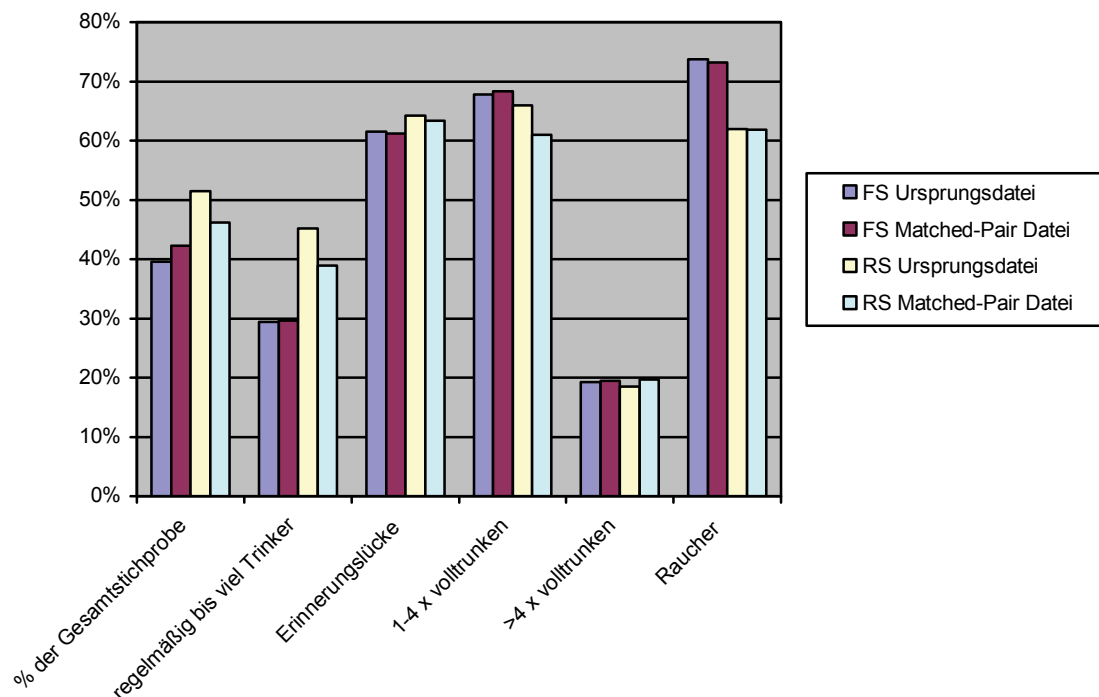


Abbildung 22: Vergleich der Schüler mit riskantem Alkoholkonsum

Der prozentuale Anteil der Schüler der Matched-Pair Datei und der Ursprungsdatei, auf welche die in dieser Studie verwendeten Kriterien für ein riskantes Trinkverhalten zutrafen (Vgl. S. 75), unterscheidet sich geringfügig. Fast alle Förderschüler der ursprünglichen Datei waren ebenfalls in der Matched-Pair Datei enthalten. Da bei den Regelschülern initial ein Oversampling durchgeführt wurde, waren nur zwei Drittel der RS in der Matched-Pair Datei vertreten. Von den Schülern beider Dateien wurden diejenigen mit einem riskanten Trinkverhalten herausgefiltert. Zu diesen zählten fast 40% der FS beider Dateien sowie 42,9% der RS der Ursprungs- und 51,45% der RS der Matched-Pair Datei. Unter den RS der Ursprungsdatei sind ca. 6% mehr Schüler, die zur Gruppe *regelmäßig bis viel Trinker* gezählt werden konnten. Knapp 4% mehr RS der Ursprungsdatei im Vergleich zur Matched-Pair Datei gaben an, 1-4 x volltrunken gewesen zu sein. Die Unterschiede innerhalb der zwei Gruppen zwischen Matched-Pair und Ursprungsdatei sind insgesamt gering. Dennoch konnte nur mittels Matched-

Pair Technik der Einfluss der soziodemographischen Variablen auf die abhängige Variable Alkoholkonsum minimiert werden.

8.6 Lehrerbefragung

Insgesamt beantworteten 49 Lehrer den Lehrerfragebogen. Die Bedeutung der Auseinandersetzung mit dem Thema Alkohol für die Schüler schätzten die Lehrer der Förderschulen ähnlich wie die der Regelschulen ein. 12,9% der FS Lehrer hielten es für sehr wichtig, 25,8% für wichtig. Im Vergleich dazu stuften 5,9% der RS Lehrer Alkohol als sehr wichtig und 47,1% als wichtig ein. Über die Hälfte der Lehrer der Förderschulen war der Meinung, dass Alkohol für die Schüler nur bedingt wichtig bzw. eher unwichtig sei (61,3%) im Vergleich zu etwas weniger als der Hälfte der Lehrer der Regelschulen (47%; $p=0,412$).

Nach Ansicht der Lehrer sei der regelmäßige Alkoholkonsum der Schüler an der Regelschule niedriger als an der Förderschule. Knapp die Hälfte der FS Lehrer schätzte, dass kein Schüler regelmäßig Alkohol getrunken habe. 88,2% der RS Lehrer waren ebenfalls dieser Meinung. Ein Drittel der Lehrer der FS nahm an, dass 1-4 Schüler ihrer Klasse regelmäßig Alkohol tranken, im Gegensatz dazu gingen nur 5,9% der RS Lehrer davon aus, dass 1-4 Schüler regelmäßig Alkohol konsumiert hätten. Nach Annahme ihrer Lehrer konsumierten signifikant mehr Förderschüler als Regelschüler regelmäßig Alkohol ($p=0,21$). Kein signifikanter Unterschied zwischen FS und RS Lehrern zeigte sich in der Einschätzung der Anzahl der Schüler, die durch Alkohol gefährdet seien.

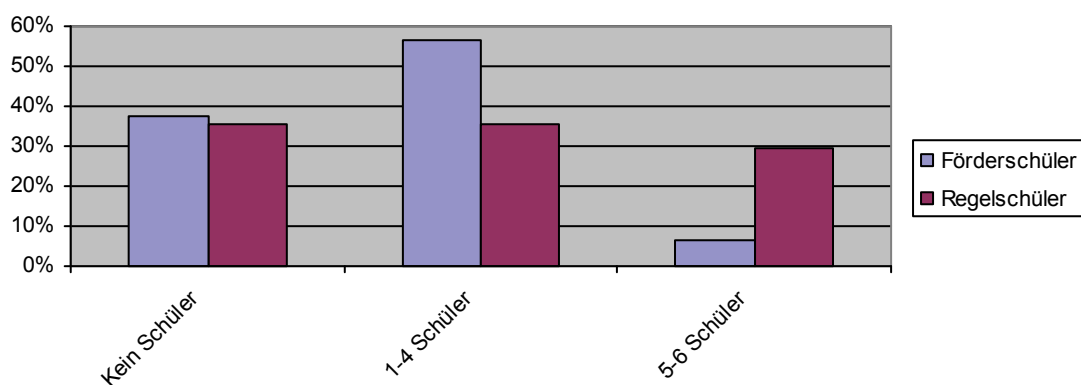


Abbildung 23: Lehrerschätzung: Inzidenz alkoholgefährdeter Schüler

Es konnte gezeigt werden, dass mehr als die Hälfte der FS Lehrer jeweils 1-4 Schüler ihrer Klasse sowie ein Drittel der RS Lehrer sogar 5-6 Schüler ihrer Klasse für durch Alkohol gefährdet hielten ($p=0,075$).

In die Lösung von in Zusammenhang mit Alkohol stehenden Problemen waren die FS Lehrer nur bei wenigen Schülern, die RS Lehrer bei keinem Schüler ihrer Klasse in den letzten zwölf Monaten mit einbezogen. 6,7% der FS Lehrer gaben an bei einem Schüler und 3,3% bei jeweils zwei der Schüler in die Lösung mit Alkohol verbundener Schwierigkeiten involviert gewesen zu sein.

Bezüglich unterrichtsinterner Veranstaltungen zum Thema Sucht gaben 72,4% der FS Lehrer an, dass das Thema Sucht Inhalt des Unterrichts gewesen sei ($p=0,000$). Dagegen machten die RS Lehrer keine Aussage.

9 Diskussion

In allen Gesellschaftsschichten ist Alkoholkonsum stark verbreitet und akzeptiert. Die Aussage von 20,4% FS und 29,4% RS *es gibt immer Alkohol, wenn Besuch da ist*, kann dafür als deutlicher Beleg angesehen werden. Jugendliche machen hier keine Ausnahme. In den Ergebnissen konnte eine weite Verbreitung unter den befragten Schülern beider Schularten gezeigt werden; auch andere epidemiologische Studien (ESPAD, KiGGS, HBSC) verweisen auf einen hohen Alkoholkonsum speziell unter Schülern bzw. Jugendlichen⁵⁴⁻⁵⁶. Die Problematik der Prävalenz von Alkoholkonsum wird zwar in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen behandelt, es zeigt sich allerdings, dass gesellschaftliche Randgruppen wie intelligenzgeminderte Jugendliche dabei nur selten Berücksichtigung finden. Anhand der Befragung stellten die Ergebnisse demographische Daten, soziale (z.B. familiäre) Rahmenbedingungen, den Alkohol- und Zigarettenkonsum der befragten Rostocker Förder- und Regelschüler, Konsummuster, Wirkerwartungen und Folgen vor. Im ersten Teil wurde dabei speziell das Alkoholkonsumverhalten der FS beschrieben, im zweiten Teil wurde das Alkoholkonsumverhalten der FS dem der RS gegenübergestellt.

Ausgehend von diesen Ergebnissen werden die Merkmale des Alkoholkonsummusters, die gesundheitlichen und sozioökonomischen Folgen des Alkoholkonsums von intelligenzgeminderten Jugendlichen sowie Präventionsmaßnahmen und -optionen aufgezeigt und diskutiert.

9.1 Merkmale des Alkoholkonsummusters

9.1.1 Einstiegsalter

In der Befragung gaben mehr als ein Drittel der FS und RS an, schon im Alter von 12 Jahren Alkohol konsumiert zu haben, mit 14 Jahren waren es bei beiden Gruppen bereits etwa die Hälfte der Schüler. Im Vergleich dazu berichtete ebenfalls die Hälfte der in der ESPAD Studie 2008 befragten Schüler schon im Alter von 12 Jahren Alkohol getrunken zu haben⁵⁴. Wurde die Altersgruppe der 12-17 Jährigen erfasst, gaben 78,5% der Schüler an, Alkohol konsumiert zu haben. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Schülergruppen bestanden entgegengesetzt den Erwartungen nicht. Ein wie in der Literatur beschriebenes

späteres Einstiegsalter unter Intelligenzgeminderten konnte nicht beobachtet werden, im Gegenteil, die vorgelegten Ergebnisse zeigten eher einen Trend zu einem jüngeren Einstiegsalter unter den FS (Vgl. S. 65, Abb. 11). Die Brisanz der Ergebnisse zum Einstiegsalter wird durch die folgenden Ausführungen zu den Rauscherfahrungen der FS und RS gestützt:

Erste Rauscherlebnisse machen Kinder und Jugendliche in einem Alter zwischen 12 und 14 Jahren ⁷⁵. Eine Zunahme von Rauscherfahrungen im frühen Jugendalter beschreiben sowohl die Drogenaffinitätsstudie 2008 als auch die ESPAD 2007^{25,54}. Die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie 2008 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen, dass ein nahezu konstanter Anteil an Jugendlichen (2004: 22,6 %, 2008: 20,4 %) in den letzten 30 Tagen vor der Befragung „binge-drinking“ (to binge on something = sich mit etwas voll stopfen, im Deutschen auch im Sinne von „Komasaufen“ oder Rauschtrinken verwendet) praktiziert hat. „Binge-drinking“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Befragte in den letzten 30 Tagen bei mindestens einer Trinkgelegenheit fünf alkoholische Getränke oder mehr hintereinander getrunken hat. Der Anteil männlicher Jugendlicher, die ein riskantes Trinkverhalten im Sinne des „binge-drinking“ betreiben ist größer als der Anteil weiblicher Jugendlicher. Ein direkter Vergleich mit den Resultaten dieser Studie ist nicht möglich, da andere Bewertungskriterien für einen riskanten Konsum gewählt wurden.

Mehr als zwei Drittel der für diese Untersuchung befragten FS und RS erlebte in einem Alter von unter 14 Jahren das erste Mal einen Alkoholrausch. Nur knapp ein Fünftel der männlichen und noch weniger weibliche Förder- und Regelschüler waren zu diesem Zeitpunkt älter als 14 Jahre. Diese Ergebnisse belegen, dass hinsichtlich des Alters, in dem die ersten Rauscherfahrungen gemacht werden, keine Abhängigkeit von der Schulgruppenzugehörigkeit besteht.

Aus dem alters- und mengenmäßig außerordentlich frühen Alkoholkonsumbeginn ergeben sich weitreichende individuelle und gesellschaftliche Probleme, da ein früh in der Jugend beginnender Alkoholkonsum mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter an mit Alkohol in Zusammenhang stehenden gesundheitlichen Störungen zu erkranken, einhergeht ¹²⁰. Aufgrund der häufigen und frühen Trinkereignisse

beider Schülerpopulationen entsteht dementsprechend ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Alkohol assoziierten Störungen.

9.1.2 Alkoholkonsum Häufigkeit und Menge

Der Gesamtalkoholkonsum setzt sich aus zwei unterschiedlichen Komponenten zusammen: aus der Anzahl der Trinkgelegenheiten und der durchschnittlichen bei einer Trinkgelegenheit konsumierten Menge an Alkohol. Regelmäßigen Konsum von mindestens einem alkoholischen Getränk pro Woche gaben 1,3% der FS und 5% der befragten RS an. Der Anteil der Jugendlichen, der im Jahr 2008 laut Umfragen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung mindestens wöchentlich ein alkoholisches Getränk getrunken hat, wurde mit 17,4% deutlich höher beziffert²⁵. Regelmäßiger Alkoholkonsum von mindestens einmal wöchentlich wurde laut den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) 2007 sogar von 38,6 % der 11- bis 17-jährigen Jungen sowie von 22,2 % der Mädchen gleichen Alters berichtet. Sowohl die von uns befragten RS als auch die FS lagen mit ihren Angaben weit unter denen der in diesen zwei großen Studien veröffentlichten Ergebnissen. Ein möglicher Grund für die Abweichung der vorliegenden Ergebnisse von denen des KiGGS und der Drogenaffinitätsstudie mag eine unterschiedliche Alterszusammensetzung dieser Stichprobe im Vergleich zu den beiden großen Studien sein. Bekanntermaßen nimmt die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums der Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren mit steigendem Alter (vergl. KiGGS) zu. Bei fehlender detaillierter Alterszusammensetzung der Stichproben lässt sich dies jedoch nur vermuten. Diese Umfrage fand in den Klassenlehrerstunden statt. Trotz Aufklärung der Schüler über die Wahrung der Anonymität und ausschließlichen Nutzen der Ergebnisse für wissenschaftliche Zwecke besteht die Möglichkeit, dass die Schüler einen geringeren Alkoholkonsum als den tatsächlichen angaben. In der Regel neigen befragte Schüler aber eher zur Über- als zur Untertreibung. Somit scheint, dass der Alkoholkonsum der für diese Untersuchung befragten Rostocker Schüler tatsächlich deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt und Präventionsmaßnahmen hier bereits wirksam sind. Es zeigte sich ein signifikant geringerer Alkoholkonsum unter den FS als unter den RS. Trotz des Matchens der Stichprobe konnte keine homogene Gruppe bezüglich der Risikobelastung

durch soziodemographische Faktoren hergestellt werden: Alleinerziehende Eltern, größere Arbeitslosigkeit der Eltern und der familiäre Alkoholkonsum, insbesondere der tägliche und wöchentliche Alkoholkonsum der Väter war signifikant häufiger bei den FS als bei den RS (Vgl. Abb. 17 und 18). Dieses höhere familiäre Risiko der FS hatte keinen wie in Hypothese 7 angenommenen erhöhten Alkoholkonsum der FS mit Entwicklung einer Suchterkrankung zur Folge. Im Gegenteil, die RS tranken häufiger, obwohl diese eine geringere familiäre Vorbelastung aufwiesen. Obwohl der Zusammenhang zwischen familiärem und kindlichem Alkoholkonsum in mehreren Analysen getestet wurde, konnte keine Interaktion nachgewiesen werden. Denkbar ist, dass kein Zusammenhang gefunden werden konnte, da eine geeignete abhängige Variable (wie zum Beispiel Menge reinen Alkohols) nicht vorhanden war und nur auf Schätzvariablen (wie beispielsweise die Anzahl der Rauschzustände) zurückgegriffen werden konnte. Das bedeutet, dass nur eine Variable mit geringer Varianz zur Verfügung stand (Vgl. S. 74, Tabelle 13). Die höhere Arbeitslosigkeit unter den FS Eltern geht eventuell mit niedrigerer Intelligenz und geringerer sozialer Kompetenz einher und führt so unter Umständen zu einem weniger bewussten Umgang mit Alkohol in der Familie. Eine möglicherweise höhere Gefährdung der FS ist eventuell auf die höheren umgebenden Risikofaktoren und die familiäre Lebenssituation und nicht auf die Intelligenzminderung zurückzuführen.

Bezüglich des mütterlichen Alkoholkonsums wurde ein vermehrtes Auftreten von aggressivem Verhalten unter den Müttern der FS ($p=0,01$) gefunden (Vgl. S. 73, Abb. 19). Denkbar wäre, dass zwischen Förderschülern und deren Müttern ein höheres Konfliktpotential besteht als zwischen RS und deren Müttern. Da Alkoholkonsum häufig mit Kontrollverlust einhergeht, führt dies gegebenenfalls dazu, dass unterdrückte mütterliche Aggressionen unter Einfluss von Alkohol eher offenbar werden. Ebenfalls annehmbar wäre, dass die instinktive mütterliche Schutzfunktion gegenüber dem Kind in betrunkenem Zustand wegfällt und dementsprechend negative Gefühle und Aggressionen zum Ausdruck kommen. Väter hingegen zeigen vermutlich auch ohne Alkoholkonsum häufiger aggressives Verhalten gegenüber ihren Kindern, so dass es eventuell unter der Wirkung des Alkohols zunimmt, dies den Kindern aber möglicherweise gar nicht auffällt. Es ist davon auszugehen, dass

gehäuftes mütterliches aggressives Verhalten zu einer emotionalen Dysbalance in der Familie führt und einen Risikofaktor für das Auftreten einer Abhängigkeitserkrankung, unabhängig von der Schulgruppenzugehörigkeit, darstellt. Die Qualität der emotionalen Beziehungen in der Familie hat eine wichtige Bedeutung in der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung⁵⁹. Die Auswertung der Fragebögen zeigte, dass die FS trotz höherer familiärer Belastungsfaktoren seltener Alkohol tranken als die RS. Dass Alkoholkonsum und –abhängigkeit nicht so häufig unter Menschen mit Intelligenzminderung auftreten, bestätigen auch andere Untersuchungen, die sich allerdings auf Erwachsene beziehen^{97,100}.

Die medizinische Bedeutung von Alkoholkonsummustern, objektiviert durch die Blutalkoholkonzentration, liegt in den negativen gesundheitlichen Folgen¹²¹. Über die konsumierte Menge an Reinalkohol können in der vorliegenden Untersuchung nur indirekt anhand eines regelmäßigen Alkoholkonsums, der Anzahl der Rauschzustände, der akuten gesundheitlichen Auswirkungen und den mit dem Alkoholkonsum in Zusammenhang stehenden weiteren negativen Folgen Rückschlüsse gezogen werden. Entsprechende Konsumcharakteristiken konnten bei knapp der Hälfte der Förder- und Regelschüler beobachtet werden. Eine besondere Anfälligkeit für hohen und schädlichen Alkoholkonsum der FS im Vergleich zu den RS konnte nicht nachgewiesen werden.

Die ESPAD Studie 2008 zeigte, dass jeder zehnte Jugendliche in Deutschland die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen neu festgelegten Grenzwerte für Erwachsene (für Kinder und Jugendliche werden keine offiziellen Grenzwerte genannt) von 12/24 g (Frauen/Männer) Reinalkohol pro Tag überschritt. Mit diesem kritischen Trinkverhalten geht ein erhöhtes Risiko für somatische Folgeschäden einher. Mit der Häufigkeit von Rauscherfahrungen aufgrund von Alkoholkonsum steigt dieses Risiko weiter an¹²². In der vorliegenden Studie berichtete ein Drittel beider Schülergruppen von mindestens einem Rauscherlebnis (Lebenszeitprävalenz), knapp ein Fünftel gab an, mehr als viermal volltrunken gewesen zu sein. Die Ergebnisse der 16- bis 19- Jährigen in der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004 (12-Monats-Prävalenz 53%) und der 15- Jährigen in der HBSC-Studie von Settertobulte und Richter 2006 (mindestens eine Rauscherfahrung bezogen auf die Lebenszeit, Jungen: 47,1%, Mädchen

46,9%) zeigten vergleichsweise hohe Lebenszeitprävalenzen^{25,56}. Der Unterschied kann jedoch darin begründet sein, dass in unsere Studie bereits Schüler ab zwölf Jahren miteinbezogen wurden und die Anzahl der Rauscherfahrungen erst mit steigendem Alter zunimmt.

9.1.3 Trinkmotive, Wirkerwartung, Wirkmuster

Die von den FS und RS angeführten Trinkanreize unterscheiden sich inhaltlich nicht von denen in der ESPAD Studie veröffentlichten Trinkmotiven und Wirkerwartungen⁵⁴. Bezüglich der Erwartungen an den Alkoholkonsum konnte festgestellt werden, dass weniger FS als RS konkrete Trinkmotive benannten. Die FS schienen weniger differenzierte Wirkungen durch den Alkoholkonsum erzielen zu wollen als die RS. Die RS setzen im Gegensatz dazu die Alkoholwirkung gezielter ein, um *die Stimmung zu verbessern* oder *von Problemen abzulenken*. Es lässt sich annehmen, dass der Konsum von Alkohol eine geringere Rolle bei der Bewältigung bestimmter Situationen sowie generell im sozialen Leben der FS spielte. Die FS scheinen weniger aus einem bestimmten Grund heraus getrunken zu haben als die RS. Die Annahme in Hypothese 3, dass intelligenzgeminderte weniger konkrete Erwartungen an die Wirkung des Alkohols haben, lässt sich zumindest teilweise aufrechterhalten. Auch von 40-50% der FS wurde Alkoholkonsum in Zusammenhang mit besserer Stimmung oder leichter Kontaktaufnahme gebracht, folglich konsumierte ein Teil der FS ebenfalls bewusst Alkohol, um bestimmte damit assoziierte Effekte zu erzielen. In diesem Zusammenhang spielt das Modell-Lernen eine wichtige Rolle: Konsumerfahrungen wie Entspannung oder das Erreichen einer bestimmten positiven Stimmung verstärken den Alkoholkonsum. Besonders gefährdet sind Menschen, denen andere Möglichkeiten der Entspannung oder der Bewältigung von Problemen fehlen. Sie trinken, um mit ihren Problemen fertig zu werden. Erleben sie diese Art des Problemmanagements als positiv, sehen sie keinen Grund, ihre Strategie zu ändern^{59,102}.

Neben positiven Attributen, die die Schüler dem Alkoholkonsum zuschrieben, gab jeder zehnte Förder- und Regelschüler jedoch an, durch den Konsum von Alkohol traurig geworden zu sein. Darüber hinaus hatte jeder dritte FS und RS mindestens einmal nach Alkoholkonsum erbrochen, jedem dritten FS und

jedem vierten RS ging es schlecht und ein Drittel beider Schülergruppen berichtete, schon mal einen *Kater* nach Alkoholkonsum gehabt zu haben. Unabhängig von der gewollten positiven Wirkung des Alkohols nahmen die Schüler offensichtlich auch die Gesundheit gefährdende Folgen des Alkoholkonsums hin. Dies gilt für Förder- und Regelschüler gleichermaßen.

9.1.4 Konsumkontext

Der öffentliche Konsum in Kneipen und Discos sowie der Erwerb alkoholischer Getränke geben Hinweise auf Verfügbarkeit und Nachfrage von Alkohol für Kinder und Jugendliche. Die gegenwärtigen Ergebnisse zeigen, dass alkoholische Getränke am häufigsten auf Partys und mit Freunden konsumiert wurden. Dies trifft gleichermaßen auf Förder- und Regelschüler zu. Seltener wurde Alkohol in öffentlichen Stätten (Kneipe, Disco) getrunken. Obwohl die Abgabe hochprozentigen Alkohols an Jugendliche unter 18 Jahren sowie von Bier und Wein an unter 16 jährige gesetzlich nicht gestattet ist, werden diese Getränke häufig an Jugendliche verkauft. Die seit Oktober 2008 in der Bundesrepublik durchgeführten Testkäufe haben gezeigt, dass es den Jugendlichen in über 70% der Fälle möglich war, problemlos Alkohol zu kaufen. Konsequente Kontrollen der Händler und ausreichend hohe Bußgelder stellen eine Möglichkeit im Kampf gegen die Abgabe an Minderjährige und den Alkoholmissbrauch dar. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die ESPAD- Studie 2008. Hier besteht ein erhöhter Handlungsbedarf bezüglich der Durchsetzung und Kontrolle des Jugendschutzgesetzes. Bereits von Babor et al. (2005) konnte gezeigt werden, dass ein Heraufsetzen des Mindestkonsumalters den Alkoholverkauf an Jugendliche sowie Alkohol assoziierte Probleme junger Erwachsener verringern kann¹²¹. Aktuellen Berichten¹²³ zu Folge konsumieren Jugendliche mehr Alkohol, wenn sie regelmäßig Werbung für entsprechende alkoholische Getränke sehen. Es ist Aufgabe der Politik, Einschränkungen in der Werbung für Alkohol durchzusetzen und den negativen Einfluss auf das Konsumverhalten der Jugendlichen zu verhindern.

Die gewonnenen Erkenntnisse verdeutlichen, dass signifikant weniger FS als RS in Gesellschaft von Freunden (FS 71,8% vs. RS 79,8%, $p=0,043$) bzw. auf Partys (FS 64,9% vs. RS 76,5%, $p=0,006$) Alkohol konsumierten. Möglich ist, dass die FS generell weniger Feiern und Partys besuchten und

dementsprechend weniger häufig in Alkoholkonsum fördernde Situationen geraten waren. Eine andere Interpretationsmöglichkeit der Ergebnisse ist, dass Förder- und Regelschüler genauso oft Partys besuchten, die FS jedoch dabei weniger Alkohol konsumierten. Hier spielt auch der in der Literatur beschriebene Einfluss auf das Trinkverhalten Jugendlicher durch den im Freundeskreis praktizierten Trinkstil eine Rolle (Einfluss der so genannten peer group)⁵⁹ sowie die Möglichkeit, sich diesem Einfluss zu widersetzen¹²⁴. Im Vergleich dazu tranken weniger als 10% der Förder- und Regelschüler alleine Alkohol. Zwischen FS und RS zeigten sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede. Auch in Kneipen wurde mit knapp 20% verhältnismäßig wenig Alkohol konsumiert. Dabei bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass ein großer Teil der befragten Schüler unter 16 Jahre alt war und die Beschaffung von Alkohol in der Kneipe vermutlich schwieriger als außerhalb ist.

Ein signifikanter Unterschied des Alkoholkonsum im Urlaub mag darin begründet sein, dass die FS seltener in den Urlaub fahren, da ein größerer Teil der Eltern der FS arbeitslos war und die finanziellen Mittel aufgrund dessen fehlten (FS 22,2% vs. RS 33,3%, $p=0,007$).

9.1.5 Getränkeart

Die Art des konsumierten alkoholischen Getränks stellt einen wichtigen Aspekt des Alkoholkonsummusters dar. Unter den weiblichen FS und RS überwog der Konsum von Mixgetränken, gefolgt von Alkopops. Bier, Wein und Sekt sowie Whiskey wurden eher selten von den Schülerinnen getrunken. Die männlichen FS bevorzugten Mixgetränke und Alkopops, die männlichen RS Bier. Die getränkesspezifischen Prävalenzen unterschieden sich in Abhängigkeit vom Geschlecht sowie von der Schulzugehörigkeit. Diese Ergebnisse der RS sind mit den Ergebnissen der ESPAD 2008⁵⁴ und der KiGGS 2007⁵⁵ vergleichbar. Unter denen im Rahmen dieser Studie befragten Schülern war Bier das am meisten konsumierte Getränk. Dies traf auf die befragten RS ebenfalls zu. Unter den FS war dies jedoch nicht der Fall. Sowohl weibliche als auch männliche FS bevorzugten Alkopops und Mixgetränke. Schnaps zählte dagegen zu den eher selten getrunkenen Getränken.

9.2 Riskantes Alkoholkonsumverhalten: Unterschiede zwischen Förder- und Regelschülern

Das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von Wissenschaftlern der Universität Tübingen durchgeführte Forschungsprojekt zur Untersuchung von Einflussfaktoren, Motivation und Anreizen für Rauschtrinken bei Jugendlichen erfragte subjektive Begründungszusammenhänge für das Rauschtrinken. Die Ergebnisse zeigten, dass Jugendliche trinken, um Spaß zu haben, lockerer zu werden und im Umgang mit dem anderen Geschlecht nicht so gehemmt zu sein ⁷⁵. Die vorliegende Studie ergab vergleichbare Ergebnisse: Regel- und Förderschüler nannten an Trinkgründen insbesondere die *Verbesserung der Stimmung*, *leichtere Kontaktaufnahme* mit anderen sowie das Schaffen einer *besseren Stimmung mit dem Partner/der Partnerin*. Die Förder- und Regelschüler, die in dieser Studie mit einem riskanten Alkoholkonsumverhalten auffielen, waren zu mehr als zwei Drittel der Meinung, sie könnten durch Alkoholkonsum *für die richtige Stimmung sorgen*. Kein Unterschied zwischen Förder- und Regelschülern mit riskantem Trinkverhalten zeigte sich bezüglich der Entspannung mit Hilfe von Alkohol ($p=0,508$), des *Verbesserns der Stimmung mit dem Partner/der Partnerin* ($p=0,525$), des *Vertreibens von Langeweile* ($p=0,242$), des *Ärger herunter Spülens* ($p=0,078$) oder des *Ablenkens von Schwierigkeiten* ($p=0,061$). Deutlich weniger FS als RS, die Verhaltenszüge eines riskanten Konsums zeigten, gaben jedoch an, sich *fröhlich* zu gefühlt zu haben, wenn sie betrunken waren (63,7% FS vs. 79,7% RS, $p=0,004$).

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass die subjektiven Beweggründe für Alkoholkonsum bis hin zum Rauschtrinken von Förder- und Regelschülern sich nicht gravierend unterschieden. Darüber hinaus konnte auch bei beiden Schülergruppen mit riskantem Alkoholkonsum ein ähnlich frühes Einstiegsalter mit ersten Trinkereignissen im Alter von 12 Jahren oder jünger (35,2% FS vs. 29,1% RS mit riskantem Konsum) sowie 51,2% FS und 61,3% RS im Alter von 13-14 Jahren verzeichnet werden. Je eher Kinder und Jugendliche beginnen, Alkohol zu trinken, desto größer ist die Gefahr im weiteren Verlauf Alkohol assoziierte Probleme, Schwierigkeiten in der Schule und eine

Alkoholabhängigkeit zu entwickeln^{52,125}. Ein in frühem Lebensalter einsetzender Alkoholkonsum gilt unter nicht intelligenzgeminderten Erwachsenen als Risikofaktor für die Entwicklung einer alkoholassozierten Störung^{57,58}. Aufgrund dieser Ergebnisse wird entsprechend der Hypothese 2 davon ausgegangen, dass Förder- und Regelschüler, die bereits früh anfangen Alkohol zu konsumieren, ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer alkoholassozierten Störung aufweisen. Um die Entwicklung eines riskanten Alkoholkonsumverhaltens zu verhindern, sollten Präventionsmaßnahmen besonders vor dem 13. Lebensjahr greifen, um möglichst früh einen risikoarmen Umgang mit Alkohol zu erlernen und zu praktizieren.

Den ersten Rausch erlebten die Schüler mit riskantem Konsummuster in einem im Vergleich zur Gesamtstichprobe ähnlichem Alter. Etwa die Hälfte der Förder- und Regelschüler machte erste Rauscherfahrungen mit 13 Jahren oder jünger. Dieses Ergebnis unterstützt ebenfalls die Notwendigkeit des frühen Beginns von Maßnahmen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol. Die Angaben der Schüler hinsichtlich ihrer Rauscherfahrungen bezogen auf ihre Lebenszeit weisen auf ein risikoreicheres Trinkverhalten der FS hin. Fast 10 % mehr männliche Förder- als Regelschüler waren 1-4 x im Leben volltrunken. Mehr als viermal volltrunken waren 10% beider Schülergruppen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Lebenszeitprävalenz des Alkoholrausches waren in beiden Schülergruppen eher gering. Der deutlich geringere Anteil an männlichen FS in der Gruppe derer, die noch keine Rauscherfahrungen gemacht haben, fällt auf und unterstützt die Annahme des riskanteren Alkoholkonsumverhaltens insbesondere unter männlichen FS. Dies weist somit auf die Aktualität dieses Problems unter FS hin. In der ESPAD und in der KiGGS wurde ein riskanterer Alkoholkonsum unter Haupt- und Realschülern als unter Gymnasiasten beschrieben. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass eine niedrigere schulische Bildung mit einem erhöhten Risiko ein riskantes Trinkverhalten zu entwickeln einhergeht.

Des Weiteren belegt die vorhandene Analyse einen Zusammenhang von Schulstatus und elterlicher Arbeitslosigkeit bezüglich des kindlichen Trinkverhaltens: erhöhte elterliche Arbeitslosigkeit und riskantes Trinkverhalten

der entsprechenden Schüler weisen eine positive Verknüpfung auf (Vgl. S. 77-78).

Andererseits zeigen die Ergebnisse der ESPAD ein höheres Problembewusstsein unter Haupt- und Realschülern im Vergleich zu Gymnasiasten bezüglich der gesundheitlichen Folgen durch Alkohol. Es besteht dringend weiterer Forschungsbedarf bezüglich des Rauschtrinkens unter intelligenzgeminderten Jugendlichen insbesondere um Präventions- und Interventionsmaßnahmen ausreichend an die Bedürfnisse und Kompetenzen der FS anpassen zu können.

Deutlich mehr FS und RS mit riskantem Trinkverhalten als Förder- und Regelschüler der Gesamtstichprobe haben *sich in betrunkenem Zustand mit jemandem geschlagen* (FS 39,2% vs. 21%, RS 32,4% vs. 19,8%) und *Schwierigkeiten mit der Polizei gehabt* (FS 29,3 % vs. 15,8%, RS 20,0% vs. 10,7%). Das bedeutet, sowohl Förder- als Regelschüler auf die angewendeten Kriterien für einen riskanten Alkoholkonsum zutrafen, haben ein höheres Risiko für negative Folgen des Alkoholkonsums. Die Anzahl der FS, die negative Auswirkungen des Alkoholkonsums erlebten, lag darüber hinaus über der Zahl der RS. Bezüglich der Gründe für diese Ergebnisse besteht die Möglichkeit, dass die FS zum einen schneller enthemmt wurden und einen Kontrollverlust erlitten. Zum anderen lässt sich vermuten, dass sie die Folgen ihres Handelns unter Einfluss von Alkohol weniger abschätzen konnten, als die RS. Ein weiterer Erklärungsansatz könnte in der Menge des konsumierten Alkohols liegen: Liegt die Menge des von den FS mit potentiell riskantem Trinkverhalten getrunkenen reinen Alkohols über der Menge, die von den RS dieser Gruppe konsumiert wird? Kennen die RS trotz ihres riskanten Trinkverhaltens ihre Grenzen besser als die FS? Da Menschen mit Intelligenzminderung eingeschränkte Fähigkeiten haben, Probleme wahrzunehmen, sie zu lösen und Bewältigungsmöglichkeiten zu finden^{101,102}, ist anzunehmen, dass auch die von uns befragten FS Defizite in der Problembewältigung und -lösung haben, die sich vermutlich unter Alkoholkonsum noch verstärken.

Hinsichtlich eines riskanten Konsumverhaltens können anhand der vorliegenden Daten die besonders gefährdeten Schüler herausgefiltert werden, deren subjektive Trinkgründe dargelegt wurden und bei denen ein besonderes

Risiko für negative körperliche und soziale Folgen herausgearbeitet werden konnte. Signifikante Unterschiede bezüglich der Anzahl der Schüler mit riskantem Trinkverhalten sowie deren Trinkmotivationen zwischen Förder- und Regelschülern konnten nicht festgestellt werden. Es fanden sich keine Hinweise auf einen primär höheren Alkoholkonsum von FS mit riskantem Trinkverhalten als RS, jedoch besteht entsprechend der zugrunde gelegten Hypothese eine erhöhte Gefahr für FS im Gegensatz zu RS negative Auswirkungen des Alkoholkonsums zu erleben. Unterschiedliche Studien beschreiben, dass mit Alkoholkonsum zusammenhängende Probleme bei Menschen mit Intelligenzminderung häufiger und schon bei Konsum geringerer Mengen als bei Personen ohne Intelligenzminderung auftreten^{87,92,100}. Möglicherweise spielt hier auch ein Mangel an Bewältigungsstrategien unter Intelligenzgeminderten eine Rolle¹⁰⁶. Diese beziehen sich jedoch nicht explizit auf Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Um die Auswirkungen des Alkoholkonsums von intelligenzgeminderten Jugendlichen sowie seiner Folgen bezüglich der Entwicklung einer Abhängigkeit und deren Auswirkungen im Erwachsenenalter ausreichend beurteilen zu können, wäre jedoch eine Longitudinalstudie über einen längeren Zeitraum nötig.

Von den Schülern mit riskantem Alkoholkonsumverhalten gaben signifikant mehr FS als RS an, zu rauchen (FS 73,2% vs. RS 61,8%; $p=0,04$). Dies entspricht der Annahme, dass mehr intelligenzgeminderte Personen stärker durch Tabakkonsum gefährdet sind. Der Anteil an Rauchern war in beiden Gruppen deutlich größer als der Teil an Rauchern in der Gesamtstichprobe, in der nur 45,5% der FS und 38,5% der RS zu den Rauchern zählten. Wie auch in der Literatur beschrieben, kann regelmäßiger Tabakkonsum als Alkoholkonsum fördernde Variable und umgekehrt gewertet werden⁸¹. Dies bestätigt auch die für diese Untersuchung durchgeführte Analyse des Zusammenhangs zwischen Alkohol- und Tabakkonsum (Vgl. Anhang 7, S. xxxvii, Tabelle 17 und 18). Diese zeigte einen deutlich über dem erwarteten Tabakkonsum liegenden Zigarettenkonsum unter den regelmäßig trinkenden Schülern sowie einen signifikant unter dem erwarteten Tabakkonsum liegenden Zigarettenkonsum unter den abstinente Schülern. Im Sinne der Hypothese 10 traf dies auf die von uns befragten FS und RS zu, wobei mehr FS als RS mit riskantem Alkoholkonsum zusätzlich durch Zigarettenkonsum gefährdet waren. Das

bedeutet, dass Tabakprävention dementsprechend auch Alkoholprävention ist. Um eine maximale Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen zu erreichen, müssen diese an Bildung und kognitive Fähigkeiten der Zielgruppe angepasst werden.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass trotz des Matchens der Stichprobe signifikant mehr Elternteile von FS als von RS keine Arbeit hatten. Da Jugendliche mit schlechterem sozioökonomischen Hintergrund häufiger Tabak konsumieren ⁸¹, kann der höhere Anteil an rauchenden FS teilweise auch in dieser schwierigeren sozialen Situation mitbegründet sein. Ein Zusammentreffen von Arbeitslosigkeit einhergehend mit Armut und Intelligenzminderung stellt somit einen Hochrisikofaktor für Tabakkonsum dar, welcher gleichzeitig das Risiko für Alkoholkonsum erhöht.

Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Tabakkonsum ist unter den befragten Förderschülern stets vorhanden. Damit dienen diese Ergebnisse der Generalisierung des bereits in der Literatur beschriebenen Zusammenhanges, welcher jetzt auch auf Förderschüler übertragbar ist.

9.3 Besteht eine erhöhte Vulnerabilität der Förderschüler für Alkoholmissbrauch?

Wenige Studien befassen sich mit dem gemeinsamen Auftreten von psychopathologischen Störungen und Intelligenzminderung bei Kindern und Jugendlichen. Ein höheres Risiko für psychopathologische Auffälligkeiten beschrieben Rutter et al (1970), Koller et al. (1982) sowie Linna et al. (1999) ¹⁰⁸. Alle drei Studien basierten jedoch auf einer kleinen Fallzahl. Darüber hinaus fehlten konkrete detaillierte Beschreibungen der Problemgebiete. In den letzten Jahren zeigte sich in der Literatur eine Tendenz, die zu der Annahme führte, dass leicht intelligenzgeminderte Menschen ähnliche psychopathologische Störungen entwickeln wie die Normalbevölkerung ¹⁰⁸. Dekker et al. verglichen Verhaltensauffälligkeiten von intelligenzgeminderten mit nicht intelligenzgeminderten Schülern in Holland ¹⁰⁸. Ein deutlich erhöhtes Risiko für die Manifestation psychopathologischer Verhaltensauffälligkeiten konnte bezüglich sozialer Probleme, aggressiven Verhaltens sowie von Aufmerksamkeitsstörungen gezeigt werden. Das Auftreten von

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit wurde nicht miteinbezogen, so dass keine direkte Vergleichbarkeit mit dieser Studie möglich ist.

Mit abnehmender Deinstitutionalisierung von Menschen mit Intelligenzminderung ist die Prävalenz von Alkoholproblemen in dieser Personengruppe gestiegen ¹²⁶. Insbesondere betroffen sind Menschen mit Intelligenzminderung und einer weiteren psychiatrischen Erkrankung. Zu diesen Krankheitsbildern zählen Angststörungen, Depressionen, Schizophrenie, posttraumatische Belastungsstörungen, antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Lernstörungen im Kindes- und Jugendalter ^{127,128}. Es besteht eine Komorbidität zwischen Substanzmissbrauch und der Diagnose einer weiteren psychiatrischen Störung: Farrel et al. konnten höhere Raten an Alkohol- und Tabakmissbrauch unter Menschen mit Doppel-Diagnose aufzeigen ¹²⁹.

Darüber hinaus spielen bestimmte psychosoziale Faktoren eine Rolle in der Suchtentwicklung bei intelligenzgeminderten Menschen. Dazu gehören die von Schinner ¹⁰³ beschriebenen Faktoren: Insbesondere nennt er frühkindliche narzisstische Störungen aufgrund mangelnder oder fehlender Zuwendung, die schwerwiegende Folgen für die Herausbildung eines Identitäts- und Selbstwertgefühls haben können. Ferner kann es zu mangelnden oder fehlenden Kompensationsmöglichkeiten aufgrund intellektueller und emotionaler Einschränkungen kommen. Ebenso besteht möglicherweise ein Mangel an Fähigkeiten zur Entwicklung der Selbstbestimmung und fehlt die soziale Integration ¹³⁰.

Da die Entwicklung eines riskanten Suchtverhaltens von individuellen und sozialen Schutzfaktoren abhängt, geht das Fehlen dieser mit einer erhöhten Gefahr für die Entwicklung eines Suchtmittelmissbrauchs einher. Wie von Uchtenhagen und Zieglgänsberger (2000) beschrieben, neigen Menschen mit primären psychischen Störungen einschließlich Intelligenzminderung zum Suchtmittelmissbrauch, um psychosozialen Problemen zu entkommen ¹⁰⁴.

Allgemein sollte bezüglich der Genese der Entwicklung eines Missbrauchsverhaltens von einem Zusammenspiel unterschiedlicher psychosozialer und genetisch-familiärer Faktoren sowie von Wechselwirkungen verschiedener Erkrankungen ausgegangen werden.

In der vorliegenden Untersuchung konnte kein positiver Zusammenhang zwischen regelmäßigem Alkoholkonsum und Intelligenzminderung

nachgewiesen werden. Die vorhandenen Ergebnisse führen eher zum gegenteiligen Schluss, da eine positive Korrelation zwischen der Zugehörigkeit zur Förderschülergruppe und Abstinenz gezeigt werden konnte. Darüber hinaus zählen signifikant weniger FS als RS zu den regelmäßig Alkohol konsumierenden Schülern. Durch Bildung einer Matched-Pair Datei konnte der Einfluss sozioökonomischer Faktoren minimiert werden. Es kann eine Abhängigkeit des Trinkverhaltens von der Schulzugehörigkeit gesehen werden, die für einen erhöhten Alkoholkonsum unter Regelschülern spricht. Einen Hinweis auf eine erhöhte Vulnerabilität für allgemein hohen Alkoholkonsum unter FS konnte nicht gefunden werden. Krishef (1986) beschrieb ebenfalls keine Unterschiede bezüglich des Trinkverhaltens intelligenzgeminderter im Vergleich zu nicht intelligenzgeminderten Menschen ⁸⁶. Bezüglich eines problematischen Alkoholkonsumverhaltens fällt auf, dass mehr der befragten FS als RS angaben, aufgrund von Alkoholkonsum *Ärger mit der Polizei gehabt* sowie ein *Krankenhaus aufgesucht* gehabt zu haben. Möglicherweise schätzten die FS die Konsequenzen eines hohen Alkoholkonsums schlechter ab und erlebten aufgrund dessen häufiger negative Auswirkungen eines exzessiven Alkoholkonsums. Um eine möglicherweise niedrigere Alkoholtoleranz bzw. einen schnelleren Kontrollverlust, der negative Folgen wie die Notwendigkeit einen Arzt aufsuchen zu müssen mit sich bringt, besser interpretieren zu können, sind detaillierte Studien zur Abschätzung eines riskanten Trinkverhaltens sowie der Problembewältigung unter FS notwendig.

9.4 Präventions- und Therapieoptionen für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung mit riskantem Alkoholkonsumverhalten

Wichtigstes Ziel ist die Prävention und damit das Vermeiden von Alkoholmissbrauch sowie der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen durch Förderung der psychischen Gesundheit intelligenzgeminderter Jugendlicher. Dies ist nicht nur Aufgabe von Therapeuten und Suchtmediziner, sondern auch Aufgabe der Gesellschaft, beginnend im alltäglichen Leben durch Nichtdiskriminierung, soziale Integration bzw. Inklusion in der Schule sowie später am Arbeitsplatz ¹⁸. Durch Schaffung entsprechender Infrastrukturen zur

Unterstützung von intelligenzgeminderten Menschen, Aufklärung und Bildung in der Schule sowie Verbesserung der Lebensqualität geistig behinderter Menschen durch soziale Integration und Schutz ihrer Rechte und Menschenwürde kann die psychische Gesundheit gefördert werden ¹⁸. Individuelle Schutzfaktoren sollen gestärkt und Risikofaktoren abgebaut werden. Da insbesondere die ersten Lebensjahre entscheidend für die Entwicklung der psychischen Gesundheit sind, sollte Prävention nach adäquater Früherkennung bereits in dieser Lebensphase unter Einbeziehung aller an der Erziehung Beteiligter einsetzen. Bezüglich der Wahrscheinlichkeit, eine alkoholassoziierte Störung zu entwickeln, konnte neben genetischen und sozialen Einflüssen ein erhöhtes Risiko durch frühes Einstiegsalter und häufige Trinkereignisse festgestellt werden ⁵⁸. Gelingt es, den Beginn des Alkoholkonsums in der Jugend von der frühen in die späte Adoleszenz zu verschieben, kann das Risiko der Entwicklung alkoholbezogener Störungen reduziert werden.

Bekanntermaßen erhöht ein niedriger sozialer sowie wirtschaftlicher Status die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen. Darüber hinaus stellt Alkoholmissbrauch häufig einen Risikofaktor oder eine Begleiterscheinung von psychischen Gesundheitsproblemen dar, so dass es besonders wichtig erscheint, verschiedene Präventionsansätze zu finden, um die Ausbildung psychischer Gesundheit zu unterstützen und Risikofaktoren zu minimieren.

Des Weiteren verursacht Alkoholkonsum gravierende gesundheitliche und damit wirtschaftliche Folgen für unsere Gesellschaft. Die von Horch und Bergmann (2002) veröffentlichte Studie bezüglich der durch alkoholassoziierte Krankheiten entstehenden volkswirtschaftlichen Konsequenzen verdeutlicht die enormen entstehenden Kosten von rund 20 Milliarden Euro pro Jahr. Diese Aufwendungen ergaben sich aus den direkten (ambulante und stationäre Behandlungen, Rehabilitation, Prävention, Betreuung, Forschung, Unfälle, Sachschäden) und indirekten (Arbeitsausfall, Frühberentung, Tod Erwerbstätiger) Ressourcenverlusten. Die Autoren legten dar, dass auch jetzt schon mit bedeutenden gesundheitlichen und folgend wirtschaftlichen Auswirkungen auf die jungen Menschen unserer Gesellschaft zu rechnen ist ¹³¹. Neben dem durch Alkoholkonsum verursachten individuellen Schaden ist auch der hohe gesellschaftliche Kostenaufwand zu berücksichtigen. Diese Fakten

unterstützen die Bedeutsamkeit der Primärprävention im Sinne einer Einschränkung des Alkoholkonsums im Allgemeinen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen und speziell bei intelligenzgeminderten Minderjährigen.

In Bezug auf intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche bedeutet dies, insbesondere die soziale Integration in Kindergarten und Schule zu fördern, das Schaffen eines stabilisierenden Umfeldes, Unterstützung der Familien, Aufklärung und damit schon früh die Ausbildung eines Bewusstseins für den verantwortungsvollen Umgang mit der Gesundheit und den Verzicht auf Alkohol zu fördern. Zu bewältigen ist diese Aufgabe vermutlich nur in Zusammenarbeit von Eltern, Lehrern, Erziehern, sozialen und medizinischen Einrichtungen sowie mit Unterstützung des Staates und der Gesellschaft. Ganztagschulen, Sport- und Freizeitprogramme stellen eine indirekte Möglichkeit der Prävention durch Unterstützung bei der Gestaltung des privaten Lebens ohne Alkohol dar. Da die zentrale Zielgruppe suchtpräventiver Maßnahmen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind, kann auch das Jugendschutzgesetz dazu dienen, von staatlicher Seite aus gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Gewohnheiten aufzubauen. Das Ziel umfassender Präventionsprogramme sollte insbesondere die Reduzierung des Alkoholkonsum und der Rauscherlebnisse sein.

Öffentlichkeitswirksame Aktionen, wie das Schülerfestival „YOU & ME“, das im Juli 2009 unter dem Motto „Kein Alkohol, keine Drogen, keine Gewalt! Nein zur Ausgrenzung“ in Kaiserslautern stattfand, stellen moderne Präventionsmöglichkeiten dar. Abwechslungsreiche Musik-, Sport und Kunst-Aktionen werden unter anderem zur spielerischen Vermittlung von Informationen zur Sucht- und Gewaltprävention genutzt und animieren die Jugendlichen zu einem bewussten und gesunden Leben.

Auch die Medien können effektiv zur Unterstützung von Präventionsmaßnahmen durch Verbesserung des Informations- und Wissenstandes über Risiken und Gefahren des Alkoholmissbrauchs beitragen. Kinder, Jugendliche und Erwachsene haben beispielsweise die Möglichkeit, online eine Alkoholberatung wahrzunehmen: Das Expertenprogramm „Extra“ sowie die Selbsttests „check your drinking“ und „change your drinking“ (auf der Homepage „drugcom“ der BZgA) lassen den Nutzer online anonym die Auswirkungen des Alkoholkonsums erfahren und den eigenen Alkoholkonsum

überprüfen. Die Selbsttests „Check your drinking“ und „Change your drinking“ ermöglichen Jugendlichen herauszufinden, wie gefährlich ihr Alkoholkonsum ist bzw. werden zu Veränderungen der Trinkgewohnheiten animiert ¹³². Im „Extra“ Selbsttest wird anhand eines Fragebogens das Trinkverhalten des Teilnehmers unter www.alkohol-selbsttest.de analysiert und eine Rückantwort erstellt, die das individuelle Trinkverhalten evaluiert und ein eventuell riskantes Konsumverhalten charakterisiert. Darüber hinaus erhält der Nutzer ebenfalls Hinweise, wie er sein Alkoholkonsumverhalten ändern sollte. Die Wirksamkeit zur Verbesserung des Umgangs mit Alkohol wurde in einer Studie von Wissenschaftlern der Universität Lübeck belegt ¹³³. Wichtig wäre, die Kompatibilität auch für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche zu testen und ihnen den Zugang zu derartigen Programmen durch einfache und an ihren Wissensstand angepasste Handhabung zu ermöglichen. Kampagnen wie die „staygold-Kampagne“, eine Initiative der Polizei gegen Komasaufen ¹³⁴ und die Informationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter dem Motto „Bist du stärker als Alkohol“ ¹³⁵ nutzen die freie und anonyme Zugänglichkeit des Internets für Kinder und Jugendliche, um über Alkoholkonsum, -abhängigkeit und mögliche gesundheitliche Schäden aufzuklären und für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu sensibilisieren. Ein Verbot von Reklame für Alkohol in den Medien kann ebenfalls präventiv eingesetzt werden ¹²³.

Verschiedene Untersuchungen konnten darüber hinaus die Effektivität von motivierenden Kurzinterventionen für Jugendliche zeigen. Zu deren Elementen zählen das Aufzeigen persönlicher Alkoholkonsummuster und des damit einhergehenden Risikos, Erarbeitung von Trinkmotiven, möglichen negativen Folgen und Zielen bezüglich des Alkoholkonsums sowie Hervorheben der persönlichen Verantwortung für Alkoholkonsum und dessen Veränderung ⁶³. Zu untersuchen ist, inwieweit diese Art der Intervention auch eine Option für intelligenzgeminderte Jugendliche darstellt.

Weiterhin muss bei der Planung von Präventions- und Therapieprogrammen berücksichtigt werden, dass Menschen mit Intelligenzminderung Defizite in der Problemlöse- und Bewältigungskompetenz zeigen ¹⁰¹. Es besteht ein Mangel an Kompetenz, Probleme wahrzunehmen, sie zu artikulieren und zu lösen. Darüber hinaus fällt es ihnen schwer, sich für einen Weg der Problemlösung zu

entscheiden, ihn zu hinterfragen und konsequent umzusetzen¹⁰². Das heißt, neben den auf das Alkoholkonsumverhalten ausgerichteten Präventions- und Therapiemaßnahmen spielt das Erlangen kommunikativer, sozialer und gesellschaftlicher Kompetenzen sowie von Fähigkeiten zur Problembewältigung in der Förderung intelligenzgeminderter Personen eine wichtige Rolle. Eine besondere Herausforderung an die Präventions- und Therapieumsetzung besteht, wenn gleichzeitig Alkoholabhängigkeitsstörungen und andere psychische Erkrankungen vorliegen. Eine solche Komorbidität tritt häufig auf. Untersuchungen von Krishef (1986) haben gezeigt, dass nur ein geringer Anteil der von ihm untersuchten intelligenzgeminderten erwachsenen Patienten suchtspezifische Behandlungsangebote annimmt⁸⁶.

Insbesondere die Therapieoptionen hängen vom Grad der Intelligenzminderung, der Form des eigenständigen oder institutionalisierten Lebens und der familiären sowie sozialen Situation der Jugendlichen ab. Behandlungsprogramme für die Integration Intelligenzgeminderter wie der Erwerb sozialer Kompetenzen, Verhaltensmanagement oder sozialpsychiatrische Betreuung können mit Suchtinterventions- und Rehabilitationsprogrammen kombiniert werden¹³⁰. Im Allgemeinen besteht eine dringende Notwendigkeit spezieller Therapieprogramme für Menschen mit Intelligenzminderung⁹⁶. Darüber hinaus erfordert die Doppeldiagnose einer Intelligenzminderung und einer Alkoholsucht oder Abhängigkeit eine spezifische individuell ausgerichtete Behandlungsstrategie¹³⁶. Da soziale Probleme, Aufmerksamkeitsstörungen und aggressives Verhalten unter intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen vermehrt auftreten¹⁰⁸, sollte die Therapie einer Alkoholmissbrauchsstörung diese eventuelle zusätzlich vorhandenen Störungen in eine umfassende Behandlungsstrategie mit einbeziehen. Probleme und Schwierigkeiten in der Therapie intelligenzgeminderter Patienten, können sich beispielsweise durch eingeschränkte Lese- und Rechtschreib- sowie Kommunikationsfähigkeiten äußern¹³⁷.

Ein wichtiger Faktor bei der Behandlung ist die Anamneseerhebung und die Evaluierung der Probleme, die mit Alkohol in Zusammenhang stehen sowie das Einbeziehen möglicher Risikofaktoren und Einflüsse (Schule, Intelligenzminderung, Elternhaus etc.). Standardisierte Fragebögen sollten

entwickelt und zur Evaluierung genutzt werden, da nicht standardisierte Verfahren zu inkompletten Diagnosen führen können³⁴. Die Ergebnisse sollen die nötigen Informationen für die Therapieplanung bereitstellen, so dass diese an die vorliegende Missbrauchsstörung und die Intelligenzminderung angepasst werden kann. Unterschiedliche Behandlungsstrategien wie Familieninterventionen, Verhaltenstherapie und -training, Gruppentherapie, Problemlösungstraining, Verhaltenskontrollübungen, Kommunikationstraining, eventuell Unterstützung der Familie durch Supervisoren und Rückfallprävention sollten zur Verfügung stehen³⁴. Als besonders effektive Therapieoption wird in der Literatur die Gruppentherapie diskutiert¹³⁷⁻¹³⁹. Nur wenige Analysen evaluieren die Effektivität von Präventions- und Interventionsprogrammen für Intelligenzgeminderte. Zwei Studien, die die Wirksamkeit von Prävention und Interventionsstrategien für intelligenzgeminderte Erwachsene, jedoch nicht für Kinder und Jugendliche, prüften,^{140,141} bewerteten sowohl mehrwöchiges Verhaltenstraining als auch motivierende Kurzinterviews als geeignete Methoden.

Sehr wichtiger Bestandteil der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist die Rückfallprävention¹³⁷, da das wieder Hinwenden zum Alkohol eine der häufigen Ursachen für Therapieversagen darstellt. Um effektiv Rückfälle verhindern zu können, müssen die gefährdeten Personen lernen, Warnsignale für einen möglichen Rückfall zu erkennen und den beginnenden Prozess zu unterbrechen. Wie auch Präventions- und Therapieprogramme sollten die Rückfallpräventionsangebote an die individuellen Fähigkeiten angepasst werden. Der Zugang zu unterschiedlichen Therapien wird intelligenzgeminderten Menschen aufgrund eingeschränkter Schreib-, Lese- und Kommunikationskenntnisse oft erschwert.

Essentiell ist darüber hinaus die spezielle Ausbildung der Therapeuten, um beides -Missbrauchs- und Abhängigkeitsstörung sowie geistige Beeinträchtigung oder andere psychische Störungen- in Prävention, Therapie und Rückfallvorbeugung mit einbeziehen zu können. Tyas und Rush (1993)⁹⁶ zeigten, dass besondere Hilfsstrategien und Programme für Personen mit Behinderung von zwei Dritteln des befragten Suchthilfepersonals als nötig empfunden werden und dass die Behandlung dieses Personenkreises in den „mainstream“ Programmen schwierig sei. Darüber hinaus gaben drei Viertel der

Befragten an, dass zusätzliches Training für den Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen und geistiger Behinderung notwendig wäre.

Clarke und Wilson³⁵ forderten nicht nur ein besonderes Trainingsprogramm für die Mitarbeiter von Suchthilfeeinrichtungen, sondern auch ein spezielles Training für das Personal von Behinderteneinrichtungen im Umgang mit Alkoholkonsumstörungen und Abhängigkeit. Besondere Techniken und Methoden in der Verbreitung von Informationen zur Suchtprävention, in der Art der Intervention, in Therapie und in der Rückfallprävention sind die Grundlage für eine adäquate Behandlung intelligenzgeminderter Personen mit Suchterkrankung^{96,97,137}. Die Notwendigkeit des Trainings im Umgang mit Alkoholkonsumstörungen unter intelligenzgeminderten Schülern unterstützen auch die Ergebnisse der durchgeführten Lehrerbefragung: nur wenige Förderschullehrer erkannten Alkoholkonsum als Problem oder waren in die Lösung von Alkohol assoziierten Schwierigkeiten mit einbezogen. Vermutlich besteht unter den Lehrern ein großer Bedarf an Aufklärung über Hilfsstrategien, -einrichtungen und Interventionsmöglichkeiten, die insbesondere auf die Bedürfnisse der intelligenzgeminderten Kinder und Jugendlichen abgestimmt sind.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass noch immer Forschungsbedarf besteht, um die multifaktorielle Genese von gemeinsam auftretenden geistigen und psychischen Störungen wie Alkoholmissbrauch und Intelligenzminderung besser zu verstehen und adäquate Präventions- und Therapieprogramme entwickeln und anwenden zu können. Gleichzeitig sollten bestehende Ressourcen möglichst effektiv genutzt werden. Hier bei sollte insbesondere eine früh beginnende Prävention sowie die Intervention bei bereits in der Kindheit und Jugend vorliegendem riskanten Trinkverhalten im Vordergrund stehen.

9.5 Fehlerquellen

In dieser Studie werden intelligenzgeminderte Personen durch die Förderschüler repräsentiert. Damit wurde nur eine selektive Stichprobe der Grundgesamtheit aller Intelligenzgeminderter berücksichtigt, da Intelligenzgeminderte, die aufgrund ihrer schwereren kognitiven Defizite Schulen für individuelle Lebensbewältigung oder Werkstätten für Menschen mit

geistiger Behinderung besuchen, nicht mit einbezogen wurden. Ferner wurden die Informationen in den Klassenlehrerstunden erhoben. Es besteht die Möglichkeit, dass die Schüler trotz Aufklärung über die Anonymität der Studie sowie den ausschließlichen wissenschaftlichen Nutzen der Ergebnisse, aus Angst vor einer Weitergabe der Informationen an die Lehrer nicht immer ehrlich antworteten. Auch wenn die vorliegende Studie im Vergleich zu anderen Untersuchungen bezüglich des Alkoholkonsums von Intelligenzgeminderten eine große Fallzahl aufweist, sind die Stichproben im Gegensatz zu Studien unter nicht intelligenzgeminderten Schülern wie der ESPAD oder der KiGGS eher klein und lokal begrenzt. Die Ergebnisse sind somit am ehesten repräsentativ für die Rostocker Förderschüler, auf Bundesebene und international jedoch nur eingeschränkt vergleichbar.

Bezüglich der konsumierten Menge an Alkohol konnte keine brauchbare abhängige Variable wie die pro Kopf und Zeiteinheit konsumierte Menge Reinalkohols erhoben werden. Die vorhandene Datenanalyse lässt lediglich die Schätzung der Menge anhand unterschiedlicher Parameter (Anzahl Vollrausch, Krankenhausbesuch aufgrund von Alkohol) zu. Bestünde die Möglichkeit der genauen Analyse dieser Variablen, wären die Ergebnisse besser vergleichbar mit anderen Studien sowie von größerer Generalisierbarkeit.

Die Vergleichbarkeit mit anderen internationalen Studien wird durch den nicht einheitlichen Gebrauch der Terminologie (Missbrauch, Gebrauch, Alkoholkonsumstörung) und der entsprechenden englischen Terminologie (substance use disorder, misuse, use, abuse, addiction) erschwert und eingeschränkt. Ferner stammen die meisten Publikationen aus den USA und Großbritannien, so dass die Übertragbarkeit und Vergleichbarkeit anderer Studien mit dieser Analyse nur bedingt möglich ist.

9.6 Ausblick

Forschungsbedarf besteht insbesondere bezüglich der gesundheitlichen und sozialen Folgen eines in der frühen Jugend beginnenden Alkoholkonsums von Menschen mit Intelligenzminderung. Bisher existiert kaum Literatur zu den Langzeitfolgen für Menschen mit Intelligenzminderung, die an Alkoholabhängigkeit und Alkohol assoziierten Erkrankungen leiden. Eine Follow-up Studie bezüglich des Alkoholkonsums der befragten Schüler nach

mehreren Jahren könnte insbesondere Aufschluss darüber geben, welchen Einfluss der Alkoholkonsum in der Jugend auf die spätere Entwicklung von Alkoholproblemen und -abhängigkeit hat.

Sinnvoll wäre, intelligenzgeminderte Kinder- und Jugendliche in große Studien wie die ESPAD oder die Drogenaffinitätsstudie mit einzuschließen, um auch dieser besonderen Population gerechte Präventions- und Therapieprogramme entwickeln zu können.

Die in den letzten Jahren intensivierten Forschungen zur Vorverlagerung der bzw. immer früher einsetzenden Pubertät und in diesem Zusammenhang beginnenden Substanzmissbrauch zeigen den zwingenden Handlungsbedarf ^{40,142}. Präventive sozioökonomische Maßnahmen in den Bereichen der Gesetzgebung möglicherweise durch Werbungsverbote ¹²³, der Bildungs- und Sozialpolitik und der Erziehung sind erforderlich. Insbesondere muss dabei die Elterngeneration in den Maßnahmenfokus genommen werden wie die Antworten auf die Frage nach dem familiären Alkoholkonsum ergeben. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, aufgrund des bekannten Einflusses des Freundeskreises auf das Trinkverhalten, präventive Maßnahmen direkt an Schülergruppen und Cliques zu richten. Des Weiteren sollten Interventionsstrategien entwickelt werden, die eingreifen, wenn Jugendliche wegen Alkoholintoxikation ins Krankenhaus aufgenommen werden. Diese sollten gleich entsprechenden Programmen zugeführt werden, um so eine erneute Intoxikation zu vermeiden.

Die Einhaltung bestehender Bestimmungen wie zum Beispiel das Jugendschutzgesetz ist durch stärkere Kontrollen einzufordern und entsprechende neue Maßnahmen sind zu beschließen und umzusetzen. In diesem Sinne werden seit Oktober 2008 in Deutschland immer mehr junge Leute als Testkäufer eingesetzt um den illegalen Alkoholverkauf an Jugendliche zu bekämpfen ^{143,144}.

10 Zusammenfassung

Angesichts der aktuellen Problematik des hohen Alkoholkonsums unter Kindern und Jugendlichen und aufgrund fehlender Untersuchungen zum Alkoholkonsumverhalten von Kindern und Jugendlichen aus gesellschaftlichen Randgruppen wurde die vorliegende Untersuchung unter intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen über ihr Alkoholkonsumverhalten unter Berücksichtigung sozialer Einflussfaktoren durchgeführt (Laufzeit: 02/2005 – 04/2005). Probanden waren sowohl Rostocker Förderschüler als auch Rostocker Regelschüler.

Es wurden mehr als 800 Rostocker Förder- und Regelschüler, deren Schulen per Zufallsverfahren ausgewählt wurden, mittels Fragebogen zu soziodemographischen Merkmalen, Alkohol- und Tabakkonsummustern, Konsumkontext, Wirkerwartungen, familiärem Alkoholkonsum sowie Auswirkungen und Folgen des Alkoholkonsums befragt. Um den Einfluss der Intelligenzminderung auf das Alkoholkonsumverhalten möglichst unabhängig von soziodemographischen Risikofaktoren bestimmen zu können, wurde eine Matched- Pair Datei gebildet. Die vorgelegten Ergebnisse des Vergleichs der Förder- und Regelschüler beziehen sich einerseits auf die in die Matched-Pair Datei eingeschlossenen Schüler (n=654) sowie andererseits auf die Originaldatei der Förder- und Regelschüler. Auch die Anwendung des Matched-Pair-Verfahrens konnte jedoch nicht verhindern, dass die verbliebenen FS eine höhere Risikobelastung durch soziale Faktoren aufwiesen als die RS. Besondere Bedeutung kommt dabei dem signifikanten Unterschied im väterlichen Trinkverhalten zu: Die Häufigkeit väterlichen Alkoholkonsums der FS lag weit über der Häufigkeit väterlichen Alkoholkonsums der RS. Die in der Befragung deutlich werdende höhere Arbeitslosigkeit der Eltern der FS muss dafür als einflussreicher Faktor angesehen werden.

Generell bestätigen unsere Ergebnisse einen wie auch in aktuellen epidemiologischen Studien beschriebenen weit verbreiteten Alkoholkonsum unter Schülern^{25,54,55}. Eine grundsätzlich erhöhte Vulnerabilität der Förderschüler bezüglich des Alkoholkonsums kann aber nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil, die FS tranken signifikant weniger oft Alkohol als die RS. Die Erwachsene betreffenden Studien unterstützen die vorliegenden

Ergebnisse, dass Alkoholkonsum und -abhängigkeit seltener unter Menschen mit Intelligenzminderung als unter Menschen ohne Intelligenzminderung auftritt. Bezüglich des Alters, in dem das erste Mal Alkohol getrunken wurde, konnte kein Unterschied zwischen FS und RS festgestellt werden. Mehr als ein Drittel der Schüler hat mit zwölf Jahren bereits die ersten Trink- sowie mit vierzehn Jahren die ersten Rauscherfahrten gemacht. Mehr als ein Drittel beider Schülerpopulationen trank mehr als einmal pro Monat Alkohol.

Bezüglich der Trinkmotive konnte festgestellt werden, dass die RS mit dem Alkoholkonsum signifikant häufiger positive Wirkerwartungen verbinden als die FS. Die am häufigsten genannten Trinkanreize und Erwartungen stimmen jedoch inhaltlich überein und entsprechen ebenfalls den in der ESPAD 2008⁵⁴ aufgeführten Trinkmotiven und Wirkerwartungen: Mehrheitlich tranken die Schüler *um für die richtige Stimmung zu sorgen* und *besser mit anderen in Kontakt zu kommen*, insbesondere in ihrem Verhältnis zum/zur Partner/in, aber auch *um sich von Schwierigkeiten abzulenken*, *Ärger herunter zu spülen* und *Langeweile zu vertreiben*.

Unter Förder- und Regelschülern fand sich ein vergleichbarer Anteil an Schülern mit riskantem Trinkverhalten. Anhand folgender Merkmale wurden die Schüler mit riskantem Konsumverhalten (nicht gleichzusetzen mit der ICD 10 Diagnose „riskanter Konsum“) zugeordnet: *Regelmäßig bis viel Trinker (>2-3x/Monat)* und/oder *ein oder mehrere Male so volltrunken, dass er/sie z.B. den Weg nach hause nicht mehr finden konnten* und/oder *so betrunken, dass er /sie sich an die Ereignisse der letzten Nacht nicht mehr erinnern konnte*. Auffallend ist, dass deutlich mehr negative Folgen auftreten als unter den Schülern der Gesamtstichprobe. Der signifikant hohe Anteil von *Krankenhausaufenthalten* der FS und die Verwicklung in *Schlägereien* und / oder *Ärger mit der Polizei* zeigen deutlich, dass gerade diese Gruppe negative gesundheitliche und soziale Auswirkungen mit den entsprechenden Spätfolgen tolerierte, die entsprechende volkswirtschaftliche Folgekosten mit sich bringen. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe konnte sowohl bei den FS als auch bei den RS mit riskantem Konsumverhalten ein höherer Anteil an Tabakkonsumenten verzeichnet werden.

Wichtigstes Ziel von Präventionsmaßnahmen muss die Reduzierung des Alkoholkonsums und der Rauscherlebnisse sein, um negative psychische,

gesundheitliche, soziale und ökonomische Folgen zu vermeiden. Da der Grundstein psychischer Gesundheit in den ersten Lebensjahren gelegt wird, sind in dieser Lebensphase einsetzende Präventionsprogramme unumgänglich – unabhängig vom Zeitpunkt des Beginns von Präventionsprogrammen müssen die Eltern als unverzichtbarer Ansprechpartner einbezogen werden.

Präventions- und Therapieempfehlungen für intelligenzgeminderte Kinder- und Jugendliche müssen in Abhängigkeit vom individuellen Entwicklungsprozess und basierend auf standardisierten Verfahren gefunden werden, auf die jeweiligen Kompetenzen zugeschnitten sein und individuelle Risikofaktoren berücksichtigen. Bei der Präventions- und Therapieplanung für Förderschüler sind die bei intelligenzgeminderten Personen bekannten Schwierigkeiten in der Problembewältigung, die in unterschiedlichem Maße eingeschränkte Lese-, Rechtschreib- und Kommunikationsfähigkeit sowie mögliche verminderte gesellschaftliche und soziale Kompetenzen zu beachten. Besondere Bedeutung kommt dabei altersangemessenen schulischen Präventionsprogrammen zu, um eine emanzipatorische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen insbesondere gegen die suggestive Wirkung der Alkoholwerbung zu fördern. Unterschiedliche Behandlungskonzepte wie Verhaltenstherapie und -training, Gruppentherapie, Problemlösungstraining, Verhaltenskontrollübungen, Kommunikationstraining Familieninterventionen, Familienunterstützung (z. B. Familienhilfe) und Rückfallvorbeugung können jeweils für sich, aber auch kombiniert angewandt werden ³⁴.

Wie sich gezeigt hat besteht erheblicher Forschungsbedarf hinsichtlich der gesundheitlichen, sozialen, psychischen und ökonomischen Auswirkungen des Alkoholkonsums gesellschaftlicher Randgruppen und damit auch des Alkoholkonsums bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen. Bereits bestehende Präventions- und Therapiemaßnahmen sind auf ihre Zugänglichkeit und Wirksamkeit für gesellschaftliche Randgruppen zu überprüfen.

V Literaturverzeichnis

1. Häßler, G., Häßler, F. Geistig Behinderte im Spiegel der Zeit. Vom Narrenhäusl zur Gemeindepsychiatrie. 6-11 (Stuttgart: Georg Thieme Verlag 2005).
2. Ackerknecht, E. Kurze Geschichte der Psychiatrie. (Stuttgart: Enke 1985).
3. Schmitt, W. Die Darstellung der Geisteskranken in der Barockliteratur. In: Wahl, G., Schmitt, W. (Hrsg.) Heilen - Verwahren - Vernichten. Wissenschaftliche Beiträge zur Geschichte der Seelenheilkunde, Band 2, 67-80 (Reichenbach: Verlag Kommunikative Medien und Medizin 1997).
4. Zander, H. Biologie des vollkommenen Menschen, Wissenschaft und Ethik im Monistenbund um 1900. Quelle: NZZ, Ressort Literatur und Kunst, Nr. 167, 73 (2001).
5. Hitler, A. Havard Law School Library Item. 2493, Faksimile Hitlers Euthanasiebefehl ("Gnadentoderlass") Havard Law School Library, Nuremberg Trials Project a Digital Collection, Vgl. auch Gerhard Binder, Epoche der Entscheidungen, Stuttgart 1960, 553. (1939).
6. Ebbinghaus, A., Dörner, K. Vernichten und Heilen, Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen. (Berlin: Aufbau Verlag 2001).
7. Häßler, F., Fegert, JM. Einleitung: Der geistig Behinderte in der Medizin/Psychiatrie - ein historischer Exkurs. In: Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. (Häßler, F., Fegert, J. M. (Hrsg.)) 1-8 (Stuttgart: Schattauer 2004).
8. Welti, F. Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. (Tübingen: Mohr Siebeck 2005).
9. Wendeler, J. Geistige Behinderung. Pädagogische und psychologische Aufgaben. 9 (Weinheim und Basel: Beltz Verlag 1993).
10. Eggert, D. Psychodiagnostik. Handbuch der Sonderpädagogik, Band 5: Pädagogik der Geistigbehinderten. (Bach, H. (Hrsg.)) 392-420 (Berlin: Marhold Verlag 1979).
11. Spode, H. Thematisierungskonturen des Problems "Alkohol". Ein kulturhistorischer Essay. Psychomed 8/3, 163-171 (1996).
12. Schulze, M. Spätmittelalter und Reformation. Neue Reihe 2. Fürsten und Reformation. 119 (Tübingen: Mohr Siebeck 1991).
13. Berg, C. Handbuch der deutschen Bildungsgeschichte Band IV 1870-1918, Von der Reichsgründung bis zum ersten Weltkrieg. (München: Beck 1991).

14. Autorenkollektiv unter der Leitung von Mühlberg, D. Arbeiterleben um 1900. (Berlin: Dietz Verlag 1983).
15. Ayaß, W. "Gemeinschaftsfremde", Quellen zur Verfolgung von "Asozialen" 1933-1945, Materialien aus dem Bundesarchiv Nr. 5. (Koblenz: Eigenverlag des Bundesarchivs 1998).
16. Ayaß, W. "Asozialer Nachwuchs ist für die Volksgemeinschaft vollkommen unerwünscht". In: Die Zwangssterilisation von sozialen Außenseitern aus: Lebensunwert - zerstörte Leben. Zwangssterilisation und "Euthanasie", (M. Hamm (Hrsg.)) 111-119 (Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften 2005).
17. EU-Rat. Empfehlung 2001/458/EG des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen [Amtsblatt L 161 vom 16.6.2001]. (Europäischer Rat, 2001).
18. EU-Kommission. Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. 4-13 (Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005).
19. Bätzing, S. Pressemitteilung 04.05.2009: Drogen und Suchtbericht 2009, Alkoholkonsum unter Jugendlichen. (Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg)) (2009).
20. Bätzing, S., Rücker, D., Sauer, B. Suchtprävention: Die Apotheker sind wichtige Partner. Pharmazeutische Zeitung online, Ausgabe 17 (2009).
21. DIMDI. ICD-10-GM-Version, Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), Intelligenzminderung (F70-F79). (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit) (2009).
22. Steinhausen, H., Metzke, CW. The validity of adolescent types of alcohol use. J Child Psychol Psychiatry 44(5), 677-686 (2003).
23. Emerson, E. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. J Intellect Disabil Res 47, 51-58 (2003).
24. Smart, R., Ogborne, A. Drinking and heavy drinking by students in 18 countries. Drug Alcohol Depend. 60(3), 315-318 (2000).
25. BZgA. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008, Alkohol-, Tabak-, und Cannabiskonsum, Erste Ergebnisse zu aktuellen Trends. (2008).
26. McGuffin, P., Owen, MJ, Gottesman, I.I., Ball, D., Collier, D. Psychiatric genetics and genomics. Chapter 11, Substance misuse, 267-269 (New York: Oxford University Press Inc. 2004).

27. Shields, J. Monozygotic Twins: Brought up Apart and Brought up Together. (London: Oxford University Press 1962).
28. Tellegen A, Lykken, DT., Bouchard TJ Jr, Wilcox KJ, Segal NL., Rich S. Personality similarity in twins reared apart and together. *J Pers Soc Psychol.* 54(6), 1031-1039 (1988).
29. Loehlin, J.C. Genes and environment in personality development. (Newbury Park, CA: Sage., 1992).
30. Schuckit, MA., Tsuang, JW., Anthenelli, RM., Tipp, JE., Nurnberger, JI. Alcohol challenges in young men from alcoholic pedigrees and control families: a report from the COGA project. (Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism). *Journal of Studies on Alcohol* 57: 368-377 (1996).
31. Clark, D. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction. Suppl* 2:5-22 (2004).
32. Kasch, K., Klein DN. The relationship between age at onset and comorbidity in psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis.* 184 (11), 703-707 (1996).
33. Clark, D., Winter, KC. Measuring Risks and Outcomes in Substance Use Disorders Prevention Research. *J of Consulting and Clinical Psychology* 70, No. 6 1207-1223 (2002).
34. Clark, D., Bukstein, OG. Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependance. *Alcohol health and research world* Vol. 22, 117-126 (1998).
35. Clarke, J., Wilson, DN. Alcohol problems and intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* Vol. 43 Part 2, 135-139 (1999).
36. Reifman, A., Barnes, GM. et al. Parental and Peer Influences on the Onset of Heavier Drinking among Adolescents. *Journal of Studies on Alcohol* Vol. 59 (1998).
37. Barnow, S., Schuckit, M., Lucht, M., John, U. and Freyberger, H. J. The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioural problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: A path analysis. *Journal of Studies on Alcohol* 63, 305-315 (2002).
38. Weichhold, K. Epidemiologie des Substanzkonsums im Jugendalter, In: Thomasius, R. (Hrsg.) *Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter.* (Stuttgart: Schattauer 2009).
39. Silbereisen, RK., Reese, A. Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegale Drogen und Alkohol. In: Raihtel, J. (Hrsg): *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher - Erklärungen, Formen und Prävention.* 131-154 (Opladen: Leske + Budrich 2001).

40. Dawes, MA., Antelman, SM., Vanyukov, M M., Giancola,P., Tarter, RE., Susman, EJ., Mezzich, A., Clark, DB. Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 61, 3-14 (2000).
41. Pinquart, M., Silbereisen, RK. (ed.) Genetische Disposition und familiärer Kontext In: Familie und Sucht, Thomasius, R. und Küstner, UJ. (Hrsg), 14-19 (Stuttgart: Schattauer 2005).
42. Monti, PM., Miranda,R.Jr., Nixon, K., Sher, KJ., Swartzwelder, HS., Tapert, SF., White, A., Crews, FT. Adolescence: booze, brains, and behavior. *Alcoholism: clinical and experimental research; the official journal of the American Society on Alcoholism* Band 29, Heft 2, 207-220 (2005).
43. Spear, LP. The adolescent brain and age-related beh. manifestations. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, New York, 24, 417-463 (2000).
44. Dahl, R. Adolescent brain development: vulnerabilities and opportunities. *Annals of the New York Acad. of Sciences*, New York,1021:1-22 (2004).
45. Tarter, RE., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, JR., Pajer,K., Vanyukov, M., Gardner,W., Blackson, T., Clark, D. Neurobehavioral Disinhibition in Childhood Predicts Early Age at Onset of Substance Use Disorder. *American Journal of Psychiatry* 160, 1078-1085 (2003).
46. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Informationen zum Thema: Alkoholkonsum und Gesundheit (online: www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/09-02-fs_alkohol_und_gesundheit_neu.pdf) (2007).
47. Mehrfer-Diete, C. Jahrbuch Sucht 2009. Daten, Zahlen und Fakten (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)) 7-11, 159-167 (2009).
48. Bundesministerium für Gesundheit. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Vol. Schriftenreihe des BMG, Band 128 (Bundesministerium für Gesundheit) (Baden-Baden: Nomos-Verlag 2000).
49. Patrick, M., Maggs, JL. Does drinking lead to sex? Daily-alcohol-sex behaviors and expectancies among college students. *Psychol Addict Behav* 23(3), 472-481 (2009).
50. Assanangkorchai, S., Mukthong,A., Intanont,T. Prevalence and Patterns of Alcohol Consumption and Health-Risk Behaviors Among High School Students in Thailand. *Alcohol Clin Exp Res. Epub ahead of print*(2009).
51. Komro, K., Tobler, AL., Maldonado-Molina, MM., Perry, CL. Effects of Alcohol Use Initiation Paterns on High-Risk Behaviors among Urban, Low-Income, Young Adolescents. *Prev Sci Epub ahead of print* (2009).

52. Peleg-Oren, N., Saint-Jean, G., Cardenas, GA., Tammara, H., Pierre, C. Drinking Alcohol before Age 13 and Negative Outcomes in Late Adolescence. *Alcohol Clin Exp Res*. Epub ahead of print (2009).
53. Schwimm, T., Schinke, SP., Trent, DN. Substance use among late adolescent urban youths: Mental health and gender influences. *Addict Behav*. Epub ahead of print (2009).
54. Kraus, L., Pabst, A., Steiner, S. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen 61-80, 145-148 (2007).
55. Lampert, T., Thamm, M. Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 50 (5-6)(2007).
56. Settertobulte, W., Richter, M. Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der "Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-" Studie 2005/2006., 7 - 27 (Mann, K., Havemann-Reinecke, U. & Gassmann, R. (Hrsg.)) (Freiburg im Breisgau 2007).
57. Hingson, R., Heeren, T., Winter, MR. Age of Alcohol-Dependence Onset: Associations With Severity of Dependence and Seeking Treatment. *Pediatrics* Vol. 118 No. 3, pp. e755-e763 (doi:710.1542/1510.1542/peds.2006-0223) (2006).
58. Grant, B., Dawson, D. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependance. *Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. J of Substance Abuse* 9, 103-110 (1997).
59. Schmidt, LG., Konrad, N., Rommelspacher, H., Schmidt, K., Singer, MV., Teyssen, S. Alkoholabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe Band 1. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)) (Hamm 2003).
60. Bohman, M., Cloninger, R. The genetics of alcoholisms and related disorders. *J of Psychiatr. Research* 21 (4), 447-452 (1987).
61. Prescott, C., Kendler, KS. Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependance in a population-based sample of male twins. *American Journal of Psychiatry* 156 (1), 34-40 (1999).
62. Remschmidt, H. Alkoholismus: Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. *Deutsches Ärzteblatt* 99 (12), A787-A792 (Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH 2002).
63. Monti, PM., O'Leary Tevyaw, T, Borsari,B. Drinking among young adults. Screening, Brief intervention, and Outcome. *Alcohol Res Heal* 28, 236-244 (2004/2005).

64. Sher, K., Walitzer, K.S., Wood, P.K., Brent, E.E. Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 427-448 (1991).
65. Smith, G., Goldman, M.S. Alcohol expectancy theory and the identification of high-risk adolescents: Preintervention and intervention research. *Journal of Research on Adolescence* 4, 229-248 (1994).
66. Barnow, S. Aggressives Verhalten im Jugendalter: Empirische Befunde zu familialen Einflussfaktoren. In: *Prävention in Psychiatrie und Psychotherapie*, 51-81 (Mauthe, J. (Hrsg.)) (Königslutter: Asept Verlag 2001).
67. Barnow, S., Schultz, G., Lucht, M., Ulrich, I., Preuss, U.W., Freyberger, H.J. Do alcohol expectancies and peer delinquency/substance use mediate the relationship between impulsivity and drinking behaviour in adolescence? *Alcohol & Alcoholism* 39, 213-219 (2004).
68. Dawes, M.A., Mathias, C.W., Richard, D.M., Hill-Kapturczak, N., Dougherty, D.M. Adolescents Suicidal Behavior and Substance Use: Developmental Mechanisms. *Substance Abuse: Research and Treatment* 2, 13-28 (2008).
69. Goldmann, M., Brown, S.A., Christiansen, B.A., Smith, G.T. Alcoholism and memory: Broadening of scope of alcohol-expectancy research. *Psychological Bulletin* 110, 137-146 (1991).
70. Sher, K., Wood, M.D., Wood, P.K., Raskin, G. Alcohol outcome expectancies and alcohol use: a latent variable cross-lagged panel study. *Journal of Abnormal Psychology* 105, 561-574 (1996).
71. Mossakowski, K. Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking? *Soc Sci Med.* 67(6), 947-955 (2008).
72. Bergman, L., Andershed, A.K. Predictors and outcomes of persistent or age-limited registered criminal behavior: a 30-year longitudinal study of a Swedish urban population. *Aggress Behav.* 35(2), 164-178 (2009).
73. Poldrugo, F. Alcohol and criminal behaviour. *Alcohol & Alcoholism* 33(1), 12-15 (1998).
74. Widom, C., Schuck, A.M., White, H.R. An examination of pathways from childhood victimization to violence: the role of early aggression and problematic alcohol use. *Violence Vict.* 21(6), 675-690 (2006).
75. Stumpp, G., Stauber, B., Reinl, H. Jugend und Rauschtrinken. Endbericht April 2009 (Universität Tübingen, Institut für Erziehungswissenschaften, Tübinger Institut für frauenpolitische Sozialforschung e. V. 2009).
76. <http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE>. Drogen- und Suchtbericht 2009. (Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)) (2009).

77. Johnson, P., Richter, L. The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. *J Adolesc Health*. 30(3), 175-183 (2002).
78. Drobles, D. Concurrent Alcohol and Tobacco Dependence. Mechanisms and Treatment. *Alcohol and Comorbid Mental Health Disorders Volume* 26, Number 2 (2002).
79. Falk, D., Yi, H., Hiller-Sturmhöfel, S. An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Res Health* 29(3):, 162-171 (2006).
80. Hymowitz, N., Jaffe, FE., Gupta, A., Feuerman, M. Cigarette Smoking Among Patients With Mental Retardation and Mental Illness. *Psychiatric Services* 48, Nr. 1, 100-102 (1997).
81. Domberg, H. Jugend und Sucht. (Landesstelle Berlin gegen Suchtgefahren e.V., 2002).
82. Tredgold, R., Soddy, K (ed.) Textbook of mental deficiency (subnormality) (10th edition), (London: Bailliere, Tindall and Cox 1963).
83. Davies, DL. Definitional Issues in Alcoholism. In Tarter and AA. Sugerman (ed.), *Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem.*, (Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1976).
84. Koller, HE., Richardson, SA., Katz, M. & McLaren, J. Behavior disturbance in childhood and early adult years in populations who were and were not mentally retarded. *Journal of Preventive Psychiatry* 1(4), 453-468 (1982).
85. Huang, AM. The drinking behavior of the educable mentally retarded and the nonretarded students. *Journal of Alcohol an Drug Abuse*, 41-49 (1981).
86. Krishef, CH. Do the mentally retarded drink? A Study of Their Alcohol Usage. *Journal of Alcohol an Drug Education*, 31, 64-70 (1986).
87. Edgerton, R. Alcohol and Drug use by mentally retarded adults. *American Journal of mental deficiency* 90, 602-609 (1986).
88. Craft, M., Jenkins, C. Alcoholism and the subnormal. *Addiction* 63, 171-176 (1968).
89. Walin, J. Mental Deficiency in Relation to Problems of Genesis, Social Work und Occupational Consequences, Utilization, Control and Prevention. Brandon, Vermont: *Journal of Clinical Psychology* (1956).

90. Lawrenson, H., Lindsay, WR., Walker, P. The pattern of alcohol consumption within a sample of mentally handicapped people in Tayside. *Ment Hand Res* 8, 54-59 (1995).
91. Gress, J., Boss, M. Substance abuse differences among students receiving special education school services. *Child Psychiatry Hum Dev* 26, 235-246 (1996).
92. Westermeyer, J., Kemp, K., Nugent, S. Substance Disorder Among persons with Mild Mental Retardation: A Comparative Study. *American Journal on Addictions* 5, 23-31 (1996).
93. Emerson, E., Turnbull, L. Self-reported smoking and alcohol use among adolescents with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil.* 9(1), 58-69 (2005).
94. Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., Milligan, V. An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* Volume 50, Pages 588 - 597 (2006).
95. McGuire, B., Daly, P., Smyth, F. Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 51(Pt 7), 497-510 (2007).
96. Tyas, S., Rush, B. The treatment of disabled persons with alcohol and drug problems: a resu. *Journal of Studies on Alcohol*, New Brunswick, NJ, Rutgers University 54, 275-282 (1993).
97. Christian, L., Poling, A. Drug Abuse in Persons with Mental Retardation: A Review. *American Journal on Mental Retardation* Vol. 102, No.2, 126-136 (1997).
98. Deb, S., Weston SN. Psychiatric illness and mental retardation. *Curr Opin Psychiatry* 13, 497-505 (2000).
99. Ross, H., Glaser, FB., Germanson, T. The Prevalance of Psychiatric Disorders in Patients With Alcohol and Other Drug Problems. *Arch Gen Psychiatry* 45, 1023-1031 (1988).
100. Degenhardt, L. Intervention for people with alcohol use disorder and an intellectual disability: A literature review. *J of Intellectual and Mental disability* 25, 135-146 (2000).
101. Agran, M., Wehmeyer, ML. Teaching Problemsolving to Students with Mental Retardation. (Washington: Amer Assn on Intellectual & Devel 1999).
102. Theunissen, G., Schubert, M. Alkoholismus und geistige Behinderung. In: Dokumentation der Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hennicke, K. (Hrsg.)) (Pädagogische Hochschule Heidelberg 2005).

103. Schinner, P. Beratung alkoholgefährdeter Menschen mit geistiger Behinderung. In: Seminar "Sucht in der Wohnstätte - Alkoholismus bei Menschen mit geistiger Behinderung" (2000).
104. Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. (München, Jena: Urban & Fischer 2000).
105. Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., McFarlane, C. Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health Soc Care Community* 15(4)(2007).
106. Wills, T., Hirky, AE. Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. In: M. Zeidner and N. Endler, Editors, *Handbook of coping: Theory, research, applications*, Wiley, New York, pp. 279-302. (1996).
107. Diddena, R., Embregtsa, P., van der Toorna, M., Laarhoven, N. Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study *Research in Developmental Disabilities* Volume 30, Pages 927-932 (2009).
108. Dekker, M., Koot, HM., van der Ende, J., Verhulst, FC. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *J of Child Psychology and Psychiatry* 43:8, 1087-1098 (2002).
109. Oakes, P., Davies, RC. Intellectual disability in homeless adults: a prevalence study. *J Intellect Disabil.* 12(4), 325-334 (2008).
110. Greenberg, G., Rosenheck, RA. Correlates of Past Homelessness in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Adm Policy Ment Health.* (2009).
111. Martijn, C., Sharpe, L. Pathways to youth homelessness. *Soc Sci Med.* 62 (1), 1-12 (2006).
112. Taanila, A., Rantakallio, P., Koiranen, M., von Wendt, L., Järvelin, MR. How do persons with intellectual disability manage in the open labour markets? A follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *J Intellect Disabil Res.* 49(Pt 3), 218-227 (2005).
113. Männynsalo, L., Putkonen, H., Lindberg, N., Kotilainen, I. Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *J Intellect Disabil Res.* 53(3), 279-288 (2009).
114. Winter, N., Holland, AJ., Collins, S. Factors predisposing to suspected offending by adults with self-reported learning disabilities. *Psychol Med.* 27(3), 595-607 (1997).

115. Pabst, A., Kraus, L. Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse der Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. Sucht, 54 (Sonderheft 1), 36-46 (2008).
116. Hingson, RW., Assailly JP. & Williams, AF. Underage drinking: frequency, consequences, and interventions. Traffic Injury Prevention 5 (3), 228-236 (2004).
117. Duncan, D., Petosa, R. Social and community factors associated with drug use and abuse among adolescents. In: Gullottan TP., Adams, GR., Montemayor, R., eds.: Substance misuse in adolescents. 36–55 (London: Sage Publications 1994).
118. Deas, D., Thomas, S. Comorbid Psychiatrc Factors Contributing to Adolescent Alcohol and Other Drug Use. Alcohol Res Heal 26, 116-121 (2002).
119. BZgA. Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004-2007. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007).
120. Barbor, T., Hofman, M., DelBoca, FK. Hesselbrock, V., Meyer, RE. Dolinsky, ZS., Rounsaville, B. Types of alcoholics, I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psychiatry 49, 599-608 (1992).
121. Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homal, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. (ed.) Alkohol- kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. (Göttingen: Hogrefe 2005).
122. Rehm, J., Gmel, G. Patterns of alcohol consumption and social consequences. Resuslts from an 8-year follow-up study in Switzerland. Addiction 94 (6), 899-912 (1999).
123. Morgenstern, M., Isensee, B., Sargent, J., Hanewinkel, R. Jugendliche und Alkoholwerbung. Einfluss der Werbung auf Einstellung und Verhalten. (ed. i. A. d. DAK) (Kiel: Institut für Therapie und Gesundheitsforschung gGmbH 2009).
124. Andrade Palos, P., Pérez de la Barrera, C., Alfaro Martínez, LB., Sánchez Oviedo, ME., López Montes de Oca, A. Resistance to peer and partner pressure and tobacco and alcohol use among adolescents Adicciones 21, 243-250 (2009).
125. Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberger, U. Jugendgesundheitsurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. (Weinheim: Juventa, 2003).
126. Taggart, L. An exploration of psychosocial risk factors of hazardous alcohol use in people with learning disabilities, AERC Final Report. (The alcohol education and research council, 2008).

127. Preuss, U., Wong, WM. Comorbidity In: Handbook of Alcoholism (ed. Zernig, G., Saria, A., Kurz, M., O'Malley, SS.) 287-304 (Boca Raton, Florida: CRC-Press 2000).
128. Fleming, M., Manwell, LB. Epidemiology In: Handbook of Alcoholism. (ed. Zernig, G., Saria, A., Kurz, M., O'Malley, SS.) 271-286 (Boca Raton, Florida: CRC-Press 2000).
129. Farrel, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C., Meltzer, H. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity
Results of a national household survey. The British Journal of Psychiatry 179: 432-437 (2001).
130. Schläfke, D., Häßler, F. Zum komorbiden Auftreten von geistiger Behinderung sowie Missbrauch von Alkohol und psychotropen Substanzen am Beispiel von Kasuistiken. In: Geistige Behinderung und seelische Gesundheit (Häßler, F., Fegert, JM. (Hrsg.)), 269-281 (Stuttgart: Schattauer 2004).
131. Bergmann, E., Horch, K. Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (Berlin: Robert-Koch-Institut 2002).
132. BZgA. www.drugcom.de.
133. Rumpf, H., Bischof, G., Grothues, J., Hapke, U., Meyer, C., John, U. Zum wissenschaftlichen Stand des Frühinterventionsansatzes bei problematischem Alkoholkonsum im Setting der ärztlichen Praxis. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung Jg. 30 2007 Nr. 1, Originalarbeit 53-59 (2007).
134. Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes, Stay-gold Kampagne. <http://www.staygold.eu/die-kampagne/die-kampagne.html>.
135. BZgA. <http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de>.
136. Bukstein, OG., Brent, DA., Kaminer, Y. Comorbidity of Substance Abuse and Other Psychiatric Disorders in Adolescents. American Journal of Psychiatry 146, 1131-1141 (1989).
137. Paxon, JE. Relapse prevention for individuals with developmental disabilities, borderline intellectual functioning or illiteracy. Journal of psychoactive drugs Band 27, Heft 2, 167-172 (1995).
138. Schneider, N. Treatment and group therapy with dually diagnosed populations. Journal of specialists in group work 11 (3), 151-156 (1986).
139. Washton, A. Preventing relaps to cocaine. Journal of Clinical Psychiatry 49 (2), 34-37 (1988).

140. McGillicuddy, N., Blane, HT. Substance use in individuals with mental retardation. *Addict Behav.* 24, 869-878 (1999).
141. Mendel, E., Hipkins, J. Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: a pilot study. *Br J learn Disabil* 30, 153-158 (2002).
142. Aksglaede, L., Sørensen, K., Petersen, JH., Skakkebæk, NE., Juul, A. Recent Decline in Age at Breast Development: The Copenhagen Puberty Study. *Pediatrics* Vol. 123 No. 5, pp. e932-e939 (2009).
143. Deutsche Presseagentur: Alkoholtestkäufe mit Jugendlichen: Niedersachsen ist Vorreiter. *Ärzte Zeitung online* (Ärzte Zeitung Verlags-GmbH, 06.03.2009).
144. Deutsche Presseagentur: Testkäufer gegen Alkohol-Missbrauch werden angemahnt. *Ärztezeitung online* (Ärzte Zeitung Verlags-GmbH, 03.06.2009).

VI Thesen

- (1) Der weit verbreitete Alkoholkonsum unter Kindern und Jugendlichen findet zunehmend Aufmerksamkeit in Politik und Gesellschaft. Das betrifft jedoch nicht Kinder und Jugendliche gesellschaftlicher Randgruppen. Bisher gibt es kaum Veröffentlichungen über den Alkoholkonsum und die damit verbundenen Probleme bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen. Motivation für die Arbeit war, durch einen Vergleich unter Rostocker Förder- und Regelschülern (FS und RS), ein Risikoprofil für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit Alkoholkonsum zu erarbeiten.
- (2) Die Grundlage der Analyse bildeten die mittels Fragebogen in jeweils zwei Rostocker Förder- und Regelschulen im Zeitraum 02/2005-04/2005 erhobenen Daten bezüglich des Alkoholkonsumverhaltens unter Berücksichtigung sozialer Einflussfaktoren.
- (3) Befragt wurden 871 Förder- und Regelschüler, deren Schulen mittels Zufallsprinzip ausgewählt worden waren, zu soziodemographischen Merkmalen, Alkohol- und Tabakkonsum, Konsumkontext, Wirkerwartungen, familiärem Alkoholkonsum sowie Auswirkungen und Folgen des Alkoholkonsums.
- (4) Zur Minimierung des Einflusses der soziodemographischen Faktoren auf das Trinkverhalten wurde das Verfahren der Matched-Pair Technik angewendet. Dennoch blieb eine höhere Risikobelastung der Förderschüler bestehen.
- (5) Die Prävalenz des Alkoholkonsums unter intelligenzgeminderten Jugendlichen war geringer als die unter nicht intelligenzgeminderten Jugendlichen.
- (6) Mehr als ein Drittel der Förder- und Regelschüler hatte im Alter von 12 Jahren angefangen Alkohol zu konsumieren und im Alter von 14 Jahren erste Rauscherfahrungen gemacht. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Einstiegsalters und des Alters des ersten Vollrausches zwischen Förder- und Regelschülern bestand nicht.

-
- (7) Die familiäre Belastung der Förderschüler war deutlich größer als die der Regelschüler. Signifikante Unterschiede zeigten sich in der Familien-, Wohn- und Arbeitssituation. Besonderes gravierend waren die Belastungsfaktoren Arbeitslosigkeit und der tägliche väterliche Alkoholkonsum.
- (8) Im Vergleich zu den RS verbanden die FS mit dem Alkoholkonsum seltener eine positive Wirkung. Die am häufigsten angegebenen Trinkerwartungen waren *Verbessern der Stimmung*, *leichtere Kontaktaufnahme* und das *Ablenken von Schwierigkeiten*.
- (9) Riskanter Alkoholkonsum stellte ein aktuelles Problem unter Heranwachsenden dar. Fast die Hälfte der in der Matched-Pair-Datei erfassten Förderschüler sowie etwas mehr als 50% der Regelschüler wiesen Kriterien eines riskanten Alkoholkonsums auf. Damit assoziiert waren insbesondere das Auftreten unmittelbarer Komplikationen (Krankenhausvorstellung, Konfrontation mit der Polizei, Erinnerungslücken, Erbrechen, Schlägerei).
- (10) Förderschüler, auf die die angewendeten Kriterien für einen riskanten Alkoholkonsum zutrafen, hatten ein höheres Risiko als die Regelschüler alkoholassoziierte Probleme zu entwickeln. Besonders relevant war die Gefährdung durch Schlägereien, Zusammenstöße mit der Polizei und gesundheitlicher Beeinträchtigung bis hin zur Notwendigkeit einer Vorstellung im Krankenhaus
- (11) Präventions- und Therapieansätze müssen individuell an die Situation der Jugendlichen angepasst werden. Eltern, Schule und Freizeit müssen in eine ganzheitliche Gesundheitsförderung mit einbezogen werden. Es muss evaluiert werden, inwieweit die bestehenden Hilfsangebote für Jugendliche (s. RS) auch für intelligenzgeminderte Jugendliche (s. FS) zugänglich und anwendbar sind.
- (12) In Zeiten immer knapper werdender öffentlicher Ressourcen belasten die durch Alkoholismus entstehenden ständig steigenden Kosten den Arbeits-, Gesundheits- und Sozialsektor in einem nicht mehr akzeptablen Ausmaß. Gesellschaft und Staat müssen darauf reagieren

und gegensteuern – beginnen sollte man bei den Kindern und Jugendlichen, um die Folgekosten zu vermeiden.

VII Anhang

Anhang 1:	Genehmigung des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern.....	xxvi
Anhang 2:	Anschreiben an die Schulleitung der Förderschulen an der Danziger Straße und Schwanenteich.....	xxvii
Anhang 3:	Anschreiben an die Schulleitungen der Regelschulen Friedensreich Hundertwasser und Turkuer Straße.....	xxviii
Anhang 4:	Schülerfragebogen.....	xxix
Anhang 5:	Lehrerfragebögen.....	xxxiii
Anhang 6:	T-Test bei unabhängigen Stichproben: Einstiegsalter, erster Vollrausch, Lebenszeitprävalenz des subjektiven Vollrausches.....	xxxviii
Anhang 7:	Zusammenhang von Alkohol- und Tabakkonsum.....	xxxix
Anhang 8:	Konsum unterschiedlicher Alkoholika.....	xxxviii

Anhang 1: Genehmigung des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern

**Ministerium für
Bildung, Wissenschaft und Kultur
Mecklenburg-Vorpommern**



Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern
19048 Schwerin

Universität Rostock
Medizinische Fakultät
Prof. Dr. med. F. Häßler
PF 10 08 88

18055 Rostock

Bearbeitet von: Herrn Lenuck

Telefon: 0385 588 7281

e-mail:

Az: VII 280A-3202-15/04

Schwerin, den 17. Januar 2005

Genehmigung einer Schülerbefragung zum Thema „Prävalenz des Alkohol- und Drogenkonsums von intelligenzgeminderten im Vergleich zu nicht intelligenzgeminderten Jugendlichen“

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Häßler,

die Befragung wird in dem beantragten Umfang auf der Grundlage von § 71 SchulG M-V genehmigt. Darüber hinaus wird der vorgelegte Fragebogen genehmigt.

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich um eine freiwillige Veranstaltung handeln muss. Die teilnehmenden Personen sind auf die Freiwilligkeit hinzuweisen. Ihre Antworten sind anonym zu erfassen.

Ich bitte um Ihr Verständnis dafür, dass die Befragung nur außerhalb der Unterrichtsstunden stattfinden kann. Der Termin Ihrer Befragung ist rechtzeitig mit dem zuständigen Schulamt sowie den betroffenen Schulleitern abzustimmen.

Dieses Schreiben bitte ich als Genehmigungsschreiben bei Ihrer Kontaktaufnahme mit der ausgesuchten Schule beizufügen. Eine gesonderte Information der Schule durch mich erfolgt nicht.

Mit freundlichem Gruß

Im Auftrag

Lenuck

Anhang 2: Anschreiben an die Schulleitung der Förderschulen an der Danziger Straße und Schwanenteich

An die Schulleitung des Förderzentrums an der Danziger Straße und am Schwanenteich

Sehr geehrte Damen und Herren,

der jüngst veröffentlichte Drogen- und Suchtbericht 2004 des Bundesgesundheitsministeriums hat gezeigt, dass der Alkohol- und Drogenkonsum von normal intelligenten Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren stark zugenommen hat. Bis heute liegen jedoch keine Daten über den Alkohol- bzw. Drogenkonsum von intelligenzgeminderten Jugendlichen vor.

Im Rahmen einer Promotionsarbeit beabsichtige ich, eine Studie zur Prävalenz des Alkohol- und Drogenkonsums/ -intoxikation von intelligenzgeminderten Schülern ab 11 Jahren durchzuführen. Zur Erhebung der Daten möchte ich gerne eine 30 minütige anonyme Umfrage in den 5.-10. Klassen Ihrer Schule durchführen. Den Lehrern würde dabei keine zusätzliche Arbeit entstehen, da ich selbst die Fragebögen in den Klassen verteilen und ausfüllen lassen würde.

Ich würde mich vorher mit Ihnen in Verbindung setzen um eventuelle Fragen zu klären.

Ziel der Studie ist es, ausgehend von den Ergebnissen, Präventionsmaßnahme und Therapiepläne zur Vermeidung von Alkohol- und Drogenkonsum/ -intoxikation entwickeln zu können. Längerfristig sollte eine Minderung des Risikos der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit angestrebt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Britta Wetzel

(Studentin der Medizin der Universität Rostock)

Anhang 3: Anschreiben an die Schulleitungen der Regelschulen Friedensreich Hundertwasser und Turkuer Straße

An die Schulleitung der Schulen Friedensreich Hundertwasser und Turkuer Straße

Sehr geehrte Damen und Herren,

der jüngst veröffentlichte Drogen- und Suchtbericht 2004 des Bundesgesundheitsministeriums hat gezeigt, dass der Alkohol- und Drogenkonsum von normal intelligenten Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren stark zugenommen hat. Bis heute liegen jedoch keine Daten über den Alkohol- bzw. Drogenkonsum von intelligenzgeminderten Jugendlichen vor.

Im Rahmen einer Promotionsarbeit beabsichtige ich, eine Studie zur Prävalenz des Alkohol- und Drogenkonsums/ -intoxikation von intelligenzgeminderten Schülern ab 11 Jahren durchzuführen. Um die Daten mit denen von nicht intelligenzgeminderten Regelschülern vergleichen zu können, möchte ich gerne eine 30 minütige anonyme Umfrage in den 5.-10. Klassen Ihrer Schule durchführen. Den Lehrern würde dabei keine zusätzliche Arbeit entstehen, da ich selbst die Fragebögen in den Klassen verteilen und ausfüllen lassen würde.

Ich würde mich vorher mit Ihnen in Verbindung setzen um eventuelle Fragen zu klären.

Ziel der Studie ist es, ausgehend von den Ergebnissen, Präventionsmaßnahme und Therapiepläne zur Vermeidung von Alkohol- und Drogenkonsum/ -intoxikation entwickeln zu können. Längerfristig sollte eine Minderung des Risikos der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit angestrebt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Britta Wetzel

(Studentin der Medizin der Universität Rostock)

Anhang 4: Schülerfragebogen

UMFRAGE ZUM THEMA ALKOHOL

Bitte beantworte die folgenden Fragen ehrlich!

Verstehst du eine Frage nicht, wende dich an deine/n Lehrer/in oder an die für die Umfrage verantwortliche Person.

- 1.1 Bist du a) ein Junge ☐
 b) ein Mädchen ☐ ?

1.2 Wie alt bist du? _____ Jahre

1.3 In welcher Klasse bist du? _____ Klasse

1.4 Welche Staatsangehörigkeit hast du? _____

2.1 Bei wem wohnst du?

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1 leibliche Mutter | <input type="checkbox"/> | 1 leiblicher Vater | <input type="checkbox"/> |
| 2 ohne Mutter | <input type="checkbox"/> | 2 ohne Vater | <input type="checkbox"/> |
| 3 andere (z.B. Pflegemutter) | <input type="checkbox"/> | 3 anderer (z.B. Pflegevater) | <input type="checkbox"/> |

oder

Ich wohne

- | | |
|--|--------------------------|
| 1 alleine | <input type="checkbox"/> |
| 2 in einer Jugendhilfe | <input type="checkbox"/> |
| 3 in einer anderen Einrichtung (z.B. Kinderheim) | <input type="checkbox"/> |

3.1 Meine leiblichen Eltern

- | | |
|--|--------------------------|
| 1 leben beide | <input type="checkbox"/> |
| 2 es lebt nur noch ein Elternteil | <input type="checkbox"/> |
| 3 ich weiß nicht, ob beide Eltern noch leben | <input type="checkbox"/> |

3.2 Meine leiblichen Eltern

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 1 leben zusammen | <input type="checkbox"/> |
| 2 leben getrennt oder geschieden | <input type="checkbox"/> |
| 3 durch Tod oder Krankheit getrennt | <input type="checkbox"/> |

3.3 a) Meine Mutter hat Arbeit

ja ☐ nein ☐

b) Mein Vater hat Arbeit

ja ☐ nein ☐

4.1 Wie viele Kinder leben in deiner Familie? _____ Kinder

5.1 Ich war früher im Kindergarten

ja ☐ nein ☐

6.1 Ich habe die Vorschule besucht

ja ☐ nein ☐

6.2 Ich habe schon mal eine Klasse wiederholt

ja ☐ nein ☐

7.1 Bitte kreuze an:

- a) Ich rauche ja ☐ nein ☐
- b) Ich rauche pro Tag ☐ 0 ☐ weniger als 10 ☐ 10-20 ☐ mehr als 20 Zigaretten.
- c) Seit wie vielen Jahren rauchst du? _____
- d) Hast du mal geraucht, aber jetzt aufgehört? ja ☐ nein ☐
- e) Wenn ja, wie lange hast du geraucht? _____
- f) Raucht deine Mutter ? ja ☐ nein ☐
- g) Raucht dein Vater? ja ☐ nein ☐
- h) Rauchen viele deiner Freunde? ja ☐ nein ☐

8.1 Trinkst du Alkohol? ja ☐ nein ☐

8.2 Was trinkst du am häufigsten? (Bitte kreuze nur eine Antwort an!)

- ☐ Bier
- ☐ Wein / Sekt
- ☐ Alkohol Pops (Rigo, Smirnoff Ice, ...)
- ☐ Mixgetränke wie Wodka / Bacardi z.B. mit Cola, Orangensaft
- ☐ Schnaps, Whiskey

8.3 Wie alt warst du, als du angefangen hast, Alkohol zu trinken?

- ☐ unter 12 Jahren
- ☐ 12-13 Jahre
- ☐ 14-15 Jahre
- ☐ 16 Jahre oder älter

8.4 Bitte kreuze an, ob Du diesen Aussagen zustimmst oder nicht: Mit alkoholischen Getränken kann man...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a)...für die richtige Stimmung sorgen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| b)...besser in Kontakt mit anderen kommen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| c)..., wenn man mit dem Freund/ der Freundin zusammen
ist, für bessere Stimmung sorgen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| d)...sich besser entspannen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| e)...Ärger besser herunterspülen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| f)...sich von Schwierigkeiten ablenken | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| g)...die Langeweile vertreiben | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| h)...mehr Selbstvertrauen gewinnen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| i)...mehr leisten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

8.5 Wenn ich betrunken bin, fühle ich mich

- ☐ stark
- ☐ fröhlich
- ☐ traurig
- ☐ selbstbewusst

9.1 Wie häufig trinkst du Alkohol?

- ☐ gar nicht
- ☐ weniger als einmal im Monat
- ☐ 2-3 mal im Monat
- ☐ jede Woche einmal

☐ am Wochenende regelmäßig

☐ jeden Tag

9.2 Wann trinkst du Alkohol?

☐ morgens

☐ zum essen

☐ abends

9.3 Wo trinkst du?

☐ zu hause

☐ draußen (mit Freunden z.B.)

☐ in der Disco

☐ in der Kneipe

☐ auf Partys, Feiern,...

☐ im Urlaub

9.4 Mit wem trinkst du?

☐ alleine

☐ zu hause mit der Familie

☐ mit Freunden/ in der Clique

10.1 Wie oft hattest schon einen Rausch?

☐ noch nie

☐ einmal im Leben

☐ unter fünf mal im Leben

☐ über fünf mal im Leben

10.2 Wie alt warst du als du deinen ersten Rausch hattest?

_____ Jahre

10.3 Bitte mache ein Kreuz bei jeder Aussage, die zu trifft:

Wenn ich betrunken war,...

☐ ...habe ich mich schon mal mit jemandem geschlagen

☐ ...habe ich schon mal einen Unfall gehabt

☐ ...habe ich Angst gehabt

☐ ...habe ich mich selbst verletzt

☐ ...ging es mir sehr schlecht

☐ ...musste ich schon mal ins Krankenhaus

☐ ...habe ich mich schon mal übergeben

☐ ...hatte ich schon mal einen Kater

☐ ...hatte ich schon mal Ärger mit der Polizei

☐ ...habe ich mich schon öfter nicht an Ereignisse des letzten Abends/der letzten der letzten Nacht erinnern können

11 Bitte mache ein Kreuz, wenn die Aussage zu trifft

In meiner Familie...

☐ ...trinkt meine Mutter oft Alkohol

☐ ...trinkt mein Vater oft Alkohol

☐ ...gibt es am Geburtstagen, Feiern,...oft Alkohol

☐...gibt es Alkohol, wenn Freunde zu Besuch sind

☐...trinkt mein Vater oder meine Mutter abends oft Bier oder Wein

12.1 Hast du schon mal andere Drogen z.B. Haschisch genommen? ja ☐ nein ☐

12.2 Ich habe schon einmal folgende Drogen ausprobiert:

Haschisch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Marihuana	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
LSD	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ecstasy	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kokain	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Heroin	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

12.3 Wie oft nimmst du diese Drogen?

Nie ☐

Selten ☐

Regelmäßig ☐ wie oft? _____ (in der Woche oder im Monat)

14 Hast du schon mal eine Beratungsstelle für Jugendliche mit Alkohol- oder Drogenproblemen aufgesucht?

ja ☐

nein ☐

15. Fandest du es schwer, diese Fragen zu beantworten?

ja ☐

nein ☐

VIELEN DANK FÜR DEINE ANTWORTEN☺

Anhang 5: Lehrerfragebögen

Fragebogen für Lehrer an Förderschulen

FRAGEBOGEN FÜR LEHRER ZUM THEMA:

ALKOHOLKONSUM PRÄVALENZEN BEI INTELLIGENZGEMINDERTEN SCHÜLERN

1 Wie viele Schüler sind in Ihrer Klasse?

Anzahl: _____

2 Wie schätzen Sie die Bedeutung des Themas „Alkohol“ insgesamt in Ihrer Klasse ein?

- ☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ bedingt wichtig
☐ eher unwichtig ☐ völlig unwichtig

3 Wieviele Schüler Ihrer Klasse konsumieren regelmäßig Alkohol?

Anzahl _____

4 Wieviele Schüler schätzen Sie als alkoholgefährdet ein?

Anzahl _____

5 Bei wie vielen Personen sind Sie in die Lösung alkoholbedingter Probleme in den letzten 12 Monaten einbezogen worden?

Anzahl _____

6 Nennen Sie bitte die Anzahl der intelligenzgeminderten Schüler mit Alkoholproblemen in Ihrer Klasse, für die folgende Hilfsmassnahmen veranlasst wurden!

Hinzuziehung...

- | | |
|--|----------------|
| a) des Hausarztes | _____ (Anzahl) |
| b) des zuständigen Psychiaters / Neurologen | _____ (Anzahl) |
| c) eines niedergelassenen Psychotherapeuten | _____ (Anzahl) |
| d) des Sozialpsychiatrischen Dienstes | _____ (Anzahl) |
| e) einer Suchtberatungsstelle | _____ (Anzahl) |
| f) einer Psychiatrischen Ambulanz / Psychiatrie | _____ (Anzahl) |
| g) einer Suchtklinik | _____ (Anzahl) |
| h) der Eltern / Angehörigen | _____ (Anzahl) |
| i) des / der gesetzlichen Betreuers / Betreuerin | _____ (Anzahl) |
| j) der Wohneinrichtung | _____ (Anzahl) |

k) andere _____

7 Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit bezüglich der Beseitigung alkoholbedingter Probleme zwischen Ihrer Schule und... ein?

1= sehr gut.....6=sehr schlecht

	1	2	3	4	5	6
a) der Wohneinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) den Eltern / Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dem / der gesetzlichen BetreuerIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) den Einrichtungen der Suchthilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.Falls Sie schon einmal Kontakt zur Suchtkrankenhilfe hergestellt haben:

1= sehr gut.....6=sehr schlecht

a) Wie waren Ihre Erfahrungen bezüglich der Bereitschaft der Suchthilfe sich mit intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen auseinanderzusetzen?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

b) Wie waren Ihre Erfahrungen bezüglich der Kompetenz des Personals der Suchtkrankenhilfe im Umgang mit intelligenzgeminderten Menschen?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

c) Hat die Suchtkrankenhilfe schon einmal die Betreuung eines intelligenzgeminderten Schülers aus Ihrer Klasse abgelehnt? Aus welchem Grund

☐ Nein ☐ Ja, weil _____

9 Wie beschäftigt sich Ihre Schule mit dem Thema Sucht? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ bisher nicht ☐ durch interne Fortbildung ☐ in Projekten
☐ in Teamsitzungen ☐ durch externe Fortbildung
☐ Gesprächen mit Schülern
☐ andere

(bitte nennen!) _____

10 Gab es für die befragten Schüler schon eine Schulinterne bzw. Unterrichtsinterne Veranstaltung zum Thema Sucht?

☐ ja ☐ nein

Bitte nennen Sie Beispiele! _____

11 Wie schätzen Sie die Problematik von Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung vor 5 bzw. 10 Jahren zu heute ein?

1= viel stärker.....5=viel geringer.....9= weiß nicht

a) vor 5 Jahren ☐ (bitte entsprechende Zahl eintragen)

b) vor 10 Jahren ☐ (bitte entsprechende Zahl eintragen)

12 Bitte bringen Sie die folgenden Suchtformen in eine Rangfolge, wie Sie sie in Ihrer Klasse beobachten, beginnend mit Platzziffer 1 für die häufigste (bei Fehlanzeige keine Eintragung)!

- a) Alkohol ☐ Häufigkeit in % _____ %
b) Essstörungen ☐ Häufigkeit in % _____ %
c) Koffein ☐ Häufigkeit in % _____ %
d) Medikamente ☐ Häufigkeit in % _____ %

- e) Nikotin ☐ Häufigkeit in % _____ %
- f) illegale Drogen ☐ Häufigkeit in % _____ %
- g)..... ☐ Häufigkeit in % _____ %

13 Anmerkungen, Anregungen:

.....
.....

Vielen Dank für das Beantworten der Fragen!!!

Fragebogen für Lehrer an Regelschulen

FRAGEBOGEN FÜR LEHRER ZUM THEMA:

ALKOHOLKONSUM PRÄVALENZEN BEI SCHÜLERN EINER REGELSCHULE

1 Wieviele Schüler sind in Ihrer Klasse/ in Ihrem Kurs?

_____ (Anzahl)

2 Haben Sie den Eindruck, dass unter Ihren Schülern Interesse und Bedarf an Aufklärung über

Alkoholabhängigkeit und ihre Folgen besteht? _____

3 Wie schätzen Sie die Bedeutung des Themas „Alkohol“ insgesamt in Ihrer Klasse ein?

☐ sehr wichtig ☐ wichtig ☐ bedingt wichtig

☐ eher unwichtig ☐ völlig unwichtig

4 Wieviele Schüler Ihrer Klasse schätzen Sie als alkoholabhängig ein?

Anzahl _____

5 Wieviele Schüler schätzen Sie als alkoholgefährdet ein?

Anzahl _____

6 Bei wie vielen Personen sind Sie in die Lösung alkoholbedingter Probleme in den letzten 12 Monaten einbezogen worden?

Anzahl _____

7 Nennen Sie bitte die Anzahl der Schüler mit Alkoholproblemen in Ihrer Klasse, für die folgende Hilfsmaßnahmen veranlasst wurden!

Hinzuziehung...

k) des Hausarztes _____ (Anzahl)

l) des zuständigen Psychiaters / Neurologen _____ (Anzahl)

m) eines niedergelassenen Psychotherapeuten _____ (Anzahl)

n) des Sozialpsychiatrischen Dienstes _____ (Anzahl)

o) einer Suchtberatungsstelle _____ (Anzahl)

p) einer Psychiatrischen Ambulanz / Psychiatrie _____ (Anzahl)

q) einer Suchtklinik _____ (Anzahl)

r) der Eltern / Angehörigen _____ (Anzahl)

s) des / der gesetzlichen Betreuers / Betreuerin _____ (Anzahl)

t) der Wohneinrichtung _____ (Anzahl)

8 Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit in Bezug auf die Beseitigung alkoholbedingter Probleme zwischen Ihrer Schule und....ein?

1= sehr gut.....6=sehr schlecht

1 2 3 4 5 6

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) der Wohneinrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) den Eltern / Angehörigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) dem / der gesetzlichen BetreuerIn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) den Einrichtungen der Suchthilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9 Falls Sie schon einmal Kontakt zur Suchtkrankenhilfe hergestellt haben:

1= sehr gut.....6=sehr schlecht

- a) Wie waren Ihre Erfahrungen bezüglich der Bereitschaft der Suchthilfe sich mit den Schülern auseinanderzusetzen?
- _____

- b) Wie waren Ihre Erfahrungen bezüglich der Kompetenz im Umgang mit Jugendlichen Alkoholkonsumenten?
- _____

- c) Hat die Suchtkrankenhilfe schon einmal die Betreuung eines Schülers aus Ihrer Klasse abgelehnt? Warum?

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wegen... |
| | <input type="checkbox"/> der Weigerung des Betroffenen |
| | <input type="checkbox"/> der Weigerungshaltung der Suchthilfe |
| | <input type="checkbox"/> keiner Kostenübernahme |
| | <input type="checkbox"/> keiner Zustimmung des gesetzlichen Betreuers |

10 Wie beschäftigt sich Ihre Schule mit dem Thema Sucht? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bisher nicht | <input type="checkbox"/> durch interne Fortbildung | <input type="checkbox"/> in Projekten |
| <input type="checkbox"/> in Teamsitzungen | <input type="checkbox"/> durch externe Fortbildung | |
| <input type="checkbox"/> Gespräche mit Schülern | | |

11 Wie schätzen Sie die Problematik von Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit bei Jugendlichen mit vor 5 bzw. 10 Jahren zu heute ein?

1= viel stärker.....5=viel geringer.....9= weiß nicht

- | | |
|------------------|---|
| a) vor 5 Jahren | <input type="checkbox"/> (bitte entsprechende Zahl eintragen) |
| b) vor 10 Jahren | <input type="checkbox"/> (bitte entsprechende Zahl eintragen) |

12 Bitte bringen Sie die folgenden Suchtformen in eine Rangfolge, wie Sie sie in Ihrer Klasse beobachten, beginnend mit Platzziffer 1 für die häufigste (bei Fehlanzeige keine Eintragung)!

- | | | |
|--------------------|--------------------------|-------------------------|
| a) Alkohol | <input type="checkbox"/> | Häufigkeit in % _____ % |
| b) Essstörungen | <input type="checkbox"/> | Häufigkeit in % _____ % |
| c) Koffein | <input type="checkbox"/> | Häufigkeit in % _____ % |
| d) Medikamente | <input type="checkbox"/> | Häufigkeit in % _____ % |
| e) Nikotin | <input type="checkbox"/> | Häufigkeit in % _____ % |
| f) illegale Drogen | <input type="checkbox"/> | Häufigkeit in % _____ % |
| g)..... | <input type="checkbox"/> | Häufigkeit in % _____ % |

17 Anmerkungen, Anregungen:

.....

.....

Vielen Dank für das Beantworten der Fragen!!

Anhang 6: T-Test bei unabhängigen Stichproben:
Einstiegsalter, erster Vollrausch,
Lebenszeitprävalenz des subjektiven Vollrausches

Tabelle 16: T- Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene Test der Varianz- gleichheit	T-Test für die Mittelwertgleichheit							
		F	Signifi- kanz	T	df	Sig. (2- seitig)	Mittlere Diffe- renz	Standard - fehler der Differenz	95% Konfidenzinter- vall der Differenz	
	Varianz- en sind...								Untere	Obe- re
Alter in dem Befragter das erste Mal volltrunken war	...gleich	2,537	,112	-,590	254	,556	-,11	,181	-,463	,250
	...nicht gleich			-,587	244,44 0	,558	-,11	,182	-,465	,251
Alter in dem angefang- en wurde, Alkohol zu trinken	...gleich	5,229	,023	-1,265	416	,207	-,23	,179	-,579	,126
	...nicht gleich			-1,247	373,73 4	,213	-,23	,182	-,584	,131
Anzahl des subjekti- ven Voll- rausches	...gleich	3,266	,071	1,258	474	,209	,55	,438	-,310	1,41 2
	...nicht gleich			1,229	400,20 1	,220	,55	,448	-,330	1,43 2

Anhang 7: Zusammenhang von Alkohol- und Tabakkonsum

Tabelle 17: Zusammenhang von Tabak- und Alkoholkonsum I

	Raucher	Nichtraucher
Abstinenz		
Erwartete Anzahl	73	101,6
Empirische Anzahl	28 (16,0%)	147 (84%)
Selten Trinker		
Erwartete Anzahl	149,4	206,0
Empirische Anzahl	167 (46,9%)	189 (53,1%)
Regelmäßig bis viel Trinker		
Erwartete Anzahl	41,1	56,9
Empirische Anzahl	69 (70,4%)	29 (29,6%)
		Chi-Quadrat (χ^2) = 84,569 df = 2 Signifikanz = 0,000

Tabelle 18: Zusammenhang von Tabak- und Alkoholkonsum II

	Raucht > 10 Zigaretten/d	Raucht </Ø Zigaretten/d
Abstinenz		
Erwartete Anzahl	27,3	99,7
Empirische Anzahl	6 (4,7%)	121 (95,3%)
Selten Trinker		
Erwartete Anzahl	63,2	230,8
Empirische Anzahl	61 (20,7%)	233 (79,3%)
Regelmäßig bis viel Trinker		
Erwartete Anzahl	18,5	67,5
Empirische Anzahl	42 (48,8%)	44 (51,2%)
		Chi-Quadrat (χ^2) = 59,357 df = 2 Signifikanz = 0,000

Anhang 8: Konsum unterschiedlicher Alkoholika

Tabelle 19: Häufigkeit des Bierkonsums

Bier Konsum	Förderschüler	Regelschüler	Gesamt
Sehr oft			
- emp./erw. Anzahl	0,86	1,12	1
% der Schule	3,6%	4,7%	4,2 %
% der Gesamtzahl	1,8%	2,5%	4,2%
Oft			
- emp./erw. Anzahl	0,68	2,9	1
% der Schule	4,4%	8,1%	6,3 %
% der Gesamtzahl	2,1 %	4,2 %	6,3 %
Manchmal			
- emp./erw. Anzahl	0,8	1,18	1
% der Schule	9,5%	13,9 %	11,8 %
% der Gesamtzahl	4,6 %	7,2 %	11,8 %
Selten			
- emp./erw. Anzahl	0,9	1,07	1
% der Schule	19,3 %	55,5 %	20,9 %
% der Gesamtzahl	9,3 %	22,4 %	20,9 %
Nie			
- emp./erw. Anzahl	1,1	0,89	1
% der Schule	63,3 %	50,8 %	56,8 %
% der Gesamtzahl	30, 5 %	26,3 %	56, 8%
			Chi- Quadrat nach Pearson: 10,534 Df: 4, Asympt. Signif. (2-seitig): 0,032

Tabelle 20: Häufigkeit des Wein- oder Sektkonsums

Wein- /Sektkonsum	Förderschüler	Regelschüler	Gesamt
Sehr oft			
- emp./erw. Anzahl	2	0	1
% der Schule	1,1%	0 %	0,5 %
% der Gesamtzahl	0,5%	0 %	0,5 %
Oft			
- emp./erw. Anzahl	1,02	0,9	1
% der Schule	2,9 %	2,7 %	2,8 %
% der Gesamtzahl	1,4 %	1,4 %	2,8 %
Manchmal			
- emp./erw. Anzahl	0,68	1,29	1
% der Schule	10,7 %	20,2 %	15,6 %
% der Gesamtzahl	5,2 %	10,3 %	15,6 %
Selten			
- emp./erw. Anzahl	0,98	1,01	1
% der Schule	39,6 %	41,1 %	40,4 %
% der Gesamtzahl	19,4 %	21,0 %	40,4 %
Nie			
- emp./erw. Anzahl	1,12	0,88	1
% der Schule	54,9 %	36,0 %	40,7 %
% der Gesamtzahl	22,4 %	18,4 %	40,7 %
			Chi- Quadrat nach Pearson: 14,825 Df: 4, Asympt. Signifi. (2-seitig): 0,005

Tabelle 21: Häufigkeit des Alkopopkonsums (z.B. Smirnoff Ice, RIGO etc.)

Alkopopkonsum	Förderschüler	Regelschüler	Gesamt
Sehr oft			
- emp./erw. Anzahl	1,09	0,9	1
% der Schule	3,6 %	3,0 %	3,3 %
% der Gesamtzahl	1,7 %	1,6 %	3,3 %
Oft			
- emp./erw. Anzahl	0,94	1,04	1
% der Schule	8,8 %	9,7 %	9,2 %
% der Gesamtzahl	4,2 %	5,1 %	9,2 %
Manchmal			
- emp./erw. Anzahl	0,75	1,22	1
% der Schule	16,8 %	27,3 %	22,3 %
% der Gesamtzahl	8,0 %	14,3 %	22,3 %
Selten			
- emp./erw. Anzahl	0,88	1,10	1
% der Schule	19,3 %	24,3 %	22,0 %
% der Gesamtzahl	9,2 %	12,7 %	22,0 %
Nie			
- emp./erw. Anzahl	1,19	0,82	1
% der Schule	51,5 %	35,7 %	43,2 %
% der Gesamtzahl	24,6 %	18,6 %	43,2 %
			Chi- Quadrat nach Pearson: 17, 343 Df: 4, Asymptot. Signifi. (2-seitig): 0,002

Tabelle 22: Häufigkeit des Mixgetränkekonsums (z.B. Wodka + Orangensaft etc.)

Mixgetränkekonsum	Förderschüler	Regelschüler	Gesamt
Sehr oft			
- emp./erw. Anzahl	1,03	0,96	1
% der Schule	5,5 %	5,1 %	5,3 %
% der Gesamtzahl	2,7 %	2,7 %	5,3 %
Oft			
- emp./erw. Anzahl	0,87	1,1	1
% der Schule	9,1 %	11,6 %	10,4 %
% der Gesamtzahl	4,4 %	6,0 %	10,4 %
Manchmal			
- emp./erw. Anzahl	0,73	1,24	1
% der Schule	12,8 %	21,6 %	18,7 %
% der Gesamtzahl	6,2 %	11,1 %	18,7 %
Selten			
- emp./erw. Anzahl	0,77	1,2	1
% der Schule	14,6 %	22,6 %	18,7 %
% der Gesamtzahl	7,1 %	11,7 %	18,7 %
Nie			
- emp./erw. Anzahl	1,20	0,80	1
% der Schule	58,0 %	39,0 %	48,2 %
% der Gesamtzahl	28,1 %	20,1 %	48,2 %
			Chi- Quadrat nach Pearson: 22,618 Df: 4, Asympt. Signifik. (2-seitig): 0.000

Tabelle 23: Häufigkeit des Schnaps- oder Whiskeykonsums

Schnaps/Whiskeykonsum	Förderschüler	Regelschüler	Gesamt
Sehr oft			
- emp./erw. Anzahl	1,15	0,86	1
% der Schule	2,3 %	1,7 %	2,0 %
% der Gesamtzahl	1,1 %	0,9 %	2,0 %
Oft			
- emp./erw. Anzahl	1,01	0,99	1
% der Schule	3,9 %	3,8 %	3,9 %
% der Gesamtzahl	1,8 %	2,0 %	3,9 %
Manchmal			
- emp./erw. Anzahl	0,64	1,31	1
% der Schule	4,7 %	9,4 %	7,2 %
% der Gesamtzahl	5,7 %	5,0 %	7,2 %
Selten			
- emp./erw. Anzahl	0,68	1,28	1
% der Schule	12,0 %	22,3 %	17,4 %
% der Gesamtzahl	5,7 %	11,7 %	17,4 %
Nie			
- emp./erw. Anzahl	1,10	0,90	1
% der Schule	77,1 %	62,7 %	69,5 %
% der Gesamtzahl	36,5 %	33,0 %	69,5 %
			Chi- Quadrat nach Pearson: 16,828 Df: 4, Asympt. Signifi. (2-seitig): ,002

VIII Lebenslauf

Der Lebenslauf wird in der elektronischen Variante nicht veröffentlicht.

IX Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig ohne fremde Hilfe und nur unter Nutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Die vorgelegte Dissertation wurde bisher weder im Ausland noch im Inland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Dokortitels nicht vorliegt.

Rostock, Februar 2010

Brita Wetzel

X Danksagung

Mein besonderer Dank
für die Betreuung und Förderung der Arbeit gilt
Herrn Prof. Dr. med. habil. F. Häßler, Klinikdirektor der Klinik für Psychiatrie,
Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock.

Ebenfalls möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Dr. phil. O. Reis,
Leiter der Abteilung Forschung
der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock,
für seine große Unterstützung, die Geduld und ständige Bereitschaft zur Hilfe,
insbesondere bei Fragen der Statistik, bedanken.

Rostock im Februar 2010

Britta Wetzel